

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE
AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR

CELEIDE SILVA BARCELOS ARAÚJO

PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL:
um estudo com trabalhadores de CAPS

UBERLÂNDIA
2018

CELEIDE SILVA BARCELOS ARAÚJO

**PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL:
um estudo com trabalhadores de CAPS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Geografia, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Linha de pesquisa: Saúde do Trabalhador

Orientadora: Profa. Dra. Lucianne Sant'Anna de Menezes

UBERLÂNDIA

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação(CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

A663p
2018

Araújo, Celeide Silva Barcelos, 1965-
Processo de trabalho em saúde mental [recurso eletrônico] : um estudo com trabalhadores de CAPS / Celeide Silva Barcelos Araújo. - 2018.

Orientadora: Lucianne Sant'Anna de Menezes.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador.

Modo de acesso: Internet.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2018.956>

Inclui bibliografia.

1. Geografia médica. 2. Saúde mental. 3. Saúde e trabalho. 4. Trabalhadores - Saúde Mental. 5. Centro de Atenção Psicossocial – Uberlândia (MG) - Condições de trabalho. I. Menezes, Lucianne Sant'Anna de (Orient.) II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. III. Título.

CDU: 910.1:61

Gerlaine Araújo Silva - CRB-6/1408

CELEIDE SILVA BARCELOS ARAÚJO

**PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL:
um estudo com trabalhadores de CAPS**

Dissertação aprovada para a obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia (MG) pela banca examinadora formada por:

Uberlândia _____ de _____ de 2018

Prof. Dr^a Lucianne Sant'Anna de Menezes – UFU/MG

Prof. Dr^a Yasmin Livia Queiroz Santos – UNIFASC/GO

Prof. Dr^a Vivianne Peixoto da Silva – UFU/MG

“Nunca permita que alguém corte suas asas, estreite seu horizonte tire as estrelas do seu céu. Nunca deixe seus medos serem maiores que a sua vontade de voar”.

Leonardo Boff

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus, por sempre me mostrar uma luz no fundo do túnel e, através da minha fé, nunca desistir perante as dificuldades.

Aos meus pais Adão e Fé que mesmo com pouco estudo, não mediram esforços e sacrifícios para conseguir que todos os seus sete filhos pudessem ter um curso superior, a eles o meu orgulho e eterna gratidão.

Aos meus seis irmãos Angelane, Joelcio, Angelina, Lucileide, Wellington e Wellis que, com o jeito particular de cada um, me acodem e me amparam em minhas necessidades pessoais e intelectuais, a cada um, obrigado por existirem!

Às minhas irmãs de alma e de coração: Neide (amiga a mais de 40 anos), Auxiliadora, Lígia, Lusmar e Hilda (amigas a mais de 30 anos), Cláudia, Conceição, Cássia, Ana Rosário (amigas mais de vinte anos) e a caçulinha Edvanir dez anos de amizade, que veio fazer parte dessa irmandade. Sei que posso contar com todas e em qualquer momento da vida, cada uma com um dom especial, uma personalidade que preenche os vácuos dessa minha vida. Sou muito privilegiada em ter encontrado cada uma de vocês nessa minha caminhada. “Amigos são flores e poemas”.

Aos meus sobrinhos, afilhados e amigos pelo incentivo e por entender a minha ausência, mesmo estando próximos fisicamente em alguns momentos.

Ao meu esposo Sebastião Roberto pelo companheirismo de vinte e seis anos que, mesmo conhecendo minhas dificuldades, acredita no meu potencial, além de me ouvir e encorajar em todas as minhas indecisões, permitindo meus voos reais e imaginários.

Aos meus filhos Gustavo e Bárbara pela ajuda com computador, por compreender o meu nervosismo e a minha negligência enquanto mãe nesse período de mestrado. Gustavo sua presença, seu carinho e seus abraços me fortaleceram a cada minuto. Bárbara seu carinho, dinamismo e suas cobranças me fizeram pausar várias vezes para voltar aos meus escritos com nova energia, afinal você representa o sol na minha vida com toda sua intensidade.

Aos meus amigos e familiares muito queridos: Valdirene, Luciana, Vinicius, Elize, Luísa, Matheus, Leonardo, Patrícia, Lenir, Maria, Tia Cida, que frequentaram minha casa nesse período de mestrado e foram “obrigados” a contribuir com meus escritos (lendo, corrigindo e ajudando nas tabelas), ou incentivando na minha construção que parecia não ter fim. Cada um de vocês é uma página dessa dissertação.

Aos meus colegas de mestrado sempre prontos para “dar uma mão” me auxiliando com as novidades da informática, principalmente Jailton e Larissa Isaura e, em especial, ao meu grupo de trabalho: Ligia, Ilda, Marcia e Viviane, Maria Helena, que chamo de grupo terapêutico, onde cada um teve um papel extraordinário na vida dessa mestranda. Copiando meu saudoso amigo Edilson, verdadeiros anjos, que através das trocas de experiências e de angustias, nos permitiram a todas chegar ao final do mestrado com brilhantismo. Ilda você fez toda a diferença na reta final da minha dissertação, exemplo de disponibilidade, atenção e carinho, a você não só o meu agradecimento, mas a certeza que você é uma pessoa que quero sempre perto de mim!

À Ana Rita Barreto Bernardes, pela parceria de orientação, pelas ricas trocas, pelo incentivo em seguir em frente, pela disponibilidade de dividir saberes e materiais e por acreditar na minha capacidade.

Meu eterno agradecimento a um anjo menino doutor que cruzou o meu caminho nesse mestrado, você foi luz, ensinamento, paciência e sabedoria. Vai brilhar onde você estiver!

Aos professores, pelos conhecimentos, disponibilidade e auxílios para o desenvolvimento desse trabalho.

O meu agradecimento especial a minha orientadora Lucianne Sant’Anna de Menezes, pela acolhida, pela perseverança e dedicação que conduziu os nossos trabalhos. Por ter sido enérgica, mas ter delicadeza para acolher as minhas angustias e ansiedades e muita dedicação e paciência para me ensinar tudo que aprendi enquanto pesquisadora. Pelo perfeccionismo, mostrando que podemos ser e fazer melhor a cada dia.

Aos colegas e direção do CAPS, com quais divido não só o trabalho, mas parte dos meus sonhos, da minha vida, que cada um com sua forma de ser, faz com que o trabalho em um CAPS seja mais leve, menos penoso e por acolherem as minha angustias e as trocas de horários em função do mestrado e por tolerarem minhas diferenças. Em especial Cristiane, Heloisa e Vanêssa que vendo minhas aflições me socorreram em vários momentos, respondendo meus áudios, e me auxiliando nas correções e acalmando meus ânimos.

Às professoras Dra. Vivianne Peixoto da Silva e Dra. Karine Santana de Azevedo Zago que contribuíram excepcionalmente na minha Banca de Qualificação, que com sabedoria e um olhar crítico e cuidadoso acrescentaram contribuições e detalhes que passaram despercebidos. Espero que eu tenha conseguido acatar as orientações sugeridas.

RESUMO

O objetivo geral deste estudo é investigar o processo de trabalho em saúde mental em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Uberlândia (MG) e, em consequência disso, os objetivos específicos são: 1) delinear o ambiente e as condições de trabalho no CAPS; 2) analisar a organização do processo produtivo dos trabalhadores; e 3) investigar possíveis aspectos que influenciam sobre o processo de saúde-doença dos trabalhadores do CAPS, em especial, o sofrimento psíquico. Trata-se de uma pesquisa exploratória de base qualitativa no campo da saúde do trabalhador, em que o material selecionado para o estudo foi submetido à análise de conteúdo temática e remetido à categoria teórica do sofrimento psíquico relacionado ao trabalho de Christophe Dejours. Para coleta de dados no campo, foram utilizados os instrumentos: observação-participante, questionário sociodemográfico e entrevista individual semiestruturada. A análise do material obtido permitiu criar os seguintes eixos temáticos: ambiente e condições de trabalho no CAPS; organização do processo de trabalho no CAPS; relacionamento interpessoal no trabalho; vivências de sofrimento e prazer no trabalho. A análise da organização do processo de trabalho evidenciou que os trabalhadores estão submetidos a riscos físicos, riscos de acidentes, riscos biomecânicos e riscos para saúde mental, derivados da organização do trabalho como jornada de trabalho excessiva e dimensionamento inadequado de pessoal que interferem no processo de trabalho, em especial, no modo operatório das tarefas, provocando alterações no ritmo de trabalho, gerando sobrecarga e pressões, quadro que caracteriza o processo de desgaste dos trabalhadores de saúde mental do CAPS, em particular, o desgaste mental, assim como denuncia as condições de possibilidade para o desenvolvimento do sofrimento patogênico que a distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real promove. A análise do ambiente e das condições de trabalho no CAPS demonstrou que a edificação é adaptada e improvisada, caracterizando uma estrutura física inadequada, assim como os materiais são insuficientes para o desenvolvimento das atividades propostas, sendo problemas enfrentados pelos trabalhadores, que precisam constantemente se adequar e se submeter a condições precárias de trabalho, o que provoca angústia e insatisfação e intensifica os fatores de desgaste mental. Apesar disso, os trabalhadores de saúde mental do CAPS estão afetivamente ligados ao seu trabalho, o que o torna fonte de sublimação e promotor de saúde. O presente estudo propõe o replanejamento do trabalho no CAPS.

Descritores: Saúde mental. Saúde do Trabalhador. Sofrimento psíquico. Ambiente de trabalho. Condições de trabalho.

ABSTRACT

This study aims to investigate the mental health work process in Community Psychosocial Centers (CAPS) of Uberlandia (MG). The specific objectives are: 1) Delineating working environment and conditions in this CAPS; 2) Analysing the labour process organization of the mental health workers; and 3) Investigating aspects that influence in health-illness process of CAPS workers, especially psychological suffering. This is an exploratory qualitative research in the field of Occupational Health, in which the material was selected and processed for Content Analysis and referred to the theoretical category of Psychodynamics of Work of Christophe Dejours. For data collection, the following instruments were used: observation-participant, sociodemographic questionnaire and semi-structured individual interview. Analysis of the material was enabled to create following indicators: working environment and conditions not CAPS; labour process organization in CAPS; interpersonal relationship at work; experiences of suffering and pleasure at work. The evaluation of labour process organization was associated to: accidents risks, biomechanical risks and mental health risks. These risks are derived from excessive work hours and inadequate staff dimensioning that interfere in the process. in the operative mode of the tasks, causing changes in the work rhythm, generating overload and pressure, a framework for tracking the process of mental health workers at the CAPS mental conditions of access to the pathogenic work that are between the prescribed work and the actual work promoted. Analysis of working environment and conditions in CAPS demonstrated that building is adapted and improvised, characterizing an inadequate physical structure, just as the materials are insufficient for the development of proposed activities, being problems faced by the workers, who need to constantly adapt and undergo poor working conditions, which causes distress and dissatisfaction and intensifies the factors of mental exhaustion. In addition, CAPS mental health workers are closely connected to their work, which becomes a source of sublimation and health promotion. The present study proposes the replanning of work in CAPS.

Keywords: Mental health. Occupational health. Psychical suffering Working environment. Work conditions.

LISTA DE ABREVIACÕES

- BPC – Benefício da Prestação Continuada
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- CRAS – Centro de Referência da Assistência Social
- CREAS – Centro de Referência da Assistência Social
- CEP – Comitê de Ética e Pesquisa
- NAPS – Núcleo de atenção Psicossocial
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PS – Pronto socorro
- PSF – Programa Saúde da Família
- SMRT – Saúde Mental Relacionado ao Trabalho
- SUS – Sistema Único de Saúde
- UAI – Unidade de Atendimento Integrado
- UBS – Unidade Básica de Saúde
- UFU – Universidade Federal de Uberlândia

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1	Conceitos principais relacionados com a psicodinâmica do trabalho	39
GRÁFICO 1	Números e épocas da expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (Brasil 1998 – 2014)	48
QUADRO 2	Composição das equipes mínimas por tipo de centros de atendimento psicossocial	49-50
QUADRO 3	Setores de abrangência dos centros de atendimento psicossocial do município de Uberlândia (MG), 2017	51
QUADRO 4	Caracterização da amostra por pseudônimo, tipo de vínculo e carga horária trabalhada	62
QUADRO 5	Atividades diárias desenvolvidas no CAPS em estudo	74-75
QUADRO 6	Distribuição das atividades desenvolvidas pelo CAPS em estudo	78-80

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Série histórica do número de centros de atendimento psicossocial habilitados segundo sua tipologia (Brasil, 2006 – 2014)	50
----------	--	----

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	16
CAPÍTULO 1: CONSIDERAÇÕES SOBRE TRABALHO E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE.....	20
1.1 Aspectos do campo Saúde do Trabalhador	20
1.2 Características do mundo do trabalho	24
1.3 Trabalho, saúde e adoecimento	29
1.4 Saúde Mental Relacionada com o Trabalho (SMRT).....	32
1.5 Noções de Psicodinâmica do Trabalho	34
CAPÍTULO 2: UM RECORTE SOBRE O CAMPO DA SAÚDE MENTAL.....	41
2.1 Normal ou anormal? Loucura, patologia e doença mental	41
2.2 Aspectos centrais da reforma psiquiátrica.....	43
2.3 Centros de Atenção Psicossocial.....	46
2.4 Atenção em saúde mental no município de Uberlândia.....	50
2.5 O desafio da mudança de paradigma	54
2.6 Processo de trabalho em saúde mental.....	57
CAPÍTULO 3 – ASPECTOS DA ORGANIZAÇÃO E DO PROCESSO DE TRABALHO NO CAPS.....	60
3.1 Aportes teórico-metodológicos	60
3.2 Pesquisa de campo	60
3.3 Lócus da pesquisa	60
3.4 Caracterização da amostra.....	61
3.5 O processo de construção dos dados	62
3.6 Análise dos dados.....	63
3.6.1 Ambiente e condições de trabalho no CAPS	64
3.6.2 A organização do processo de trabalho no CAPS.....	72
3.6.3 Relacionamento interpessoal no trabalho.....	84
3.6.4 Vivências de sofrimento e prazer e no trabalho	86
CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
REFERÊNCIAS.....	96
APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	102

APÊNDICE 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	103
APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	104-105
ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS.....	106-109

INTRODUÇÃO

Iniciei o ofício de assistente social há vinte e seis anos na Prefeitura Municipal de Uberlândia. Dezesesseis deles foram voltados ao trabalho em alguma instituição ligada à saúde mental, a saber: Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) por dois anos, Centro de Convivência durante oito anos e no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) há seis anos, onde desenvolvo minhas atividades profissionais até o presente momento.

No CAPS atendo pessoas adoecidas, em sofrimento mental, carentes, com baixa escolaridade e que desconhecem seus direitos sociais. É minha função orientar e potencializar as pessoas na busca pelos seus direitos. A partir dessa conquista o usuário de saúde mental poderá usufruir de benefícios e ter dignidade de cidadão, proporcionando uma melhor qualidade de vida e de saúde. É gratificante ver os resultados dos atendimentos realizados e o progresso das pessoas atendidas. E isso contribui cada vez mais com meu crescimento pessoal e profissional. Estar neste trabalho há tantos anos e com seus desafios diários é o que me motiva a aperfeiçoar o olhar sobre minha prática profissional.

O CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). É um dispositivo de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves, uso e abuso de álcool e drogas e demais quadros, cuja severidade ou persistência justifique sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo. Este serviço é conduzido por equipe multiprofissional em saúde mental (BRASIL, 2004). Na maioria das vezes, elas expressam reações imprevisíveis, o que exige dos trabalhadores ações imediatas, constante vigilância e atenção redobrada para evitar agressões físicas entre os usuários do serviço, além de serem também afetados os demais trabalhadores e contra também a própria integridade do usuário. Tratam-se de pessoas com diversas necessidades, vivendo situações de isolamento e exclusão social, conflitos familiares e dificuldade de aderir aos serviços de saúde, o que dificulta o trabalho desses profissionais

Trabalhar com pessoas em sofrimento mental e sua condição de saúde e fragilidades, sua história de vida, seu sofrimento psicossocial e econômico, é muito complexo, pois desperta muitas vezes, nestes profissionais sentimentos de impotência, medo, apreensão e angústia. Tais dificuldades no desenvolvimento de suas atividades advêm, principalmente, do manejo das crises (surto psicótico), que levam o trabalhador

de saúde mental do CAPS a tomar decisões imediatas que, por vezes, ele não se sente preparado nem física nem emocionalmente. Em meu cotidiano de trabalho no CAPS, presenciei vários pedidos de demissão e transferência de trabalhadores, assim como questionamentos quanto à prática em relação às demandas de saúde mental.

Nesse contexto, surgiu a questão motivadora deste estudo: *o complexo cotidiano de trabalho em um CAPS poderia levar ao sofrimento dos seus trabalhadores? De que forma?*

O trabalho faz parte da vida de cada pessoa, trazendo não apenas o sustento, mas constituindo a identidade do sujeito e como ele atua em suas relações sociais. Diante dessa lógica, Dejours (2004) tem pesquisado a vida psíquica no trabalho, tendo como foco o sofrimento psíquico e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos trabalhadores para a superação e transformação da atividade laboral em fonte de prazer. Para o autor, o trabalho não é considerado como algo propriamente enlouquecedor, uma vez que os trabalhadores não se mostram passivos aos efeitos negativos e patológicos do ambiente e condições de trabalho, elaborando estratégias de proteção à sua saúde mental. Nesse sentido, trata-se aqui de uma pesquisa no campo saúde do trabalhador, de uma investigação sobre o processo saúde-doença relacionado ao trabalho, em contextos de CAPS.

O campo Saúde do Trabalhador surgiu em meio a um importante processo político e social que exigia transformações em relação a saúde das pessoas no trabalho. A partir dos estudos sobre a Saúde do Trabalhador busca-se, por meio de pesquisas sobre os processos de trabalho, compreender o processo de adoecimento e de morte dos trabalhadores. O processo de trabalho é toda atividade orientada para um fim, que resulta na produção de valores de uso, de bens, processo técnico, social e econômico, que valoriza a produção da mais-valia, do lucro. A análise da organização e do processo de trabalho é de extrema importância para identificar quais tipos de alterações são necessárias para a melhoria das condições de trabalho e para a prevenção dos riscos e agravos à saúde dos trabalhadores (LAURELL; NORIEGA, 1989; LACAZ, 2007; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Esta pesquisa tem como proposta geral investigar o processo de trabalho de um CAPS, localizado em Uberlândia – MG, e em consequência disso os objetivos específicos são: 1) delinear o ambiente e as condições de trabalho no CAPS; 2) analisar a organização do processo produtivo dos trabalhadores do CAPS e 3) investigar

possíveis aspectos que influenciam o processo saúde-doença dos trabalhadores do CAPS, em especial o sofrimento psíquico.

Trata-se de uma pesquisa exploratória de base qualitativa em que o material selecionado para o estudo foi submetido à análise de conteúdo temática (BARDIN, 2009; MINAYO, 2009) e remetido à categoria teórica de sofrimento relacionado ao trabalho de Dejours (2011). A pesquisa foi realizada com trabalhadores de um CAPS da cidade de Uberlândia (MG). O procedimento de trabalho se dividiu em três etapas para obtenção do material a ser examinado: 1ª) levantamento bibliográfico realizado nas bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO); Bancos de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo (USP), da Fundação Osvaldo Cruz, da Universidade de Campinas (Unicamp), da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e da Universidade Federal de Uberlândia (UFU). O levantamento bibliográfico contemplou os seguintes critérios de inclusão: a) conter no título ou nas palavras-chave um dos seguintes descritores separados ou combinados: saúde mental, sofrimento, processo de trabalho, CAPS, serviço de saúde mental e saúde do trabalhador; b) ter sido produzido nos últimos 10 anos; c) estar em língua portuguesa. Foram encontrados 272 trabalhos, dos quais foram selecionados 4 teses, 3 dissertações e 12 artigos que atenderam aos critérios de inclusão e conforme os objetivos da pesquisa.

As etapas seguintes foram: 2ª) observação-participante e 3ª) aplicação de questionários e realização de entrevistas individuais (semiestruturadas). A partir da observação-participante e das entrevistas, foi possível descrever e analisar o processo de trabalho, assim como as condições e o ambiente de trabalho, o que permitiu obter maiores detalhes de todo o contexto e identificar os riscos e potenciais agravos à saúde dos trabalhadores de saúde mental de CAPS, assim como marcar fatores de desgaste mental. Para levar a cabo essa proposta, a presente dissertação se dividiu em 3 capítulos e considerações finais.

No primeiro capítulo, são sintetizadas reflexões sobre a conceituação do trabalho, seu desenvolvimento ao longo da história e da Saúde do Trabalhador; além de trazer um recorte sobre a SMRT, o campo da Saúde do Trabalhador, em especial, aspectos da Psicodinâmica do Trabalho, o seu desenvolvimento, as noções de sofrimento e prazer no trabalho e a influência da organização do trabalho na saúde dos trabalhadores e no nosso caso, trabalhadores de saúde mental de CAPS.

No segundo capítulo foi elaborado um recorte sobre o campo da Saúde Mental, em que se buscou apresentar uma reflexão sobre o normal e o patológico, passando pela construção da loucura como fator de exclusão social, a configuração da atenção a essa população por meio dos manicômios até a Reforma Psiquiátrica e seus desdobramentos sobre a configuração atual dos serviços de atenção em saúde mental, assim como a criação e evolução dos CAPS no Brasil e em Uberlândia.

Por fim, no terceiro capítulo apresentamos a metodologia utilizada, os resultados, análise e discussões. A análise do material obtido permitiu criar os seguintes eixos temáticos: ambiente e condições de trabalho; organização do processo de trabalho no CAPS; relacionamento interpessoal no trabalho; vivências de sofrimento e prazer e no trabalho. Nossa hipótese é que *as condições e o ambiente de trabalho no CAPS, em especial, a edificação adaptada e improvisada dificulta consideravelmente a operacionalização das tarefas, o que afeta de forma desfavorável a organização do processo de trabalho, gerando insatisfação e sofrimento nos trabalhadores*. Os resultados foram colocados em interlocução com autores da Saúde do Trabalhador, da Saúde Mental Relacionado ao Trabalho e da Sociologia que tratam da temática das relações entre trabalho, subjetividade e saúde, em especial, sofrimento mental e desgaste do trabalhador.

Convidamos o leitor a desfrutar dos achados de nossa pesquisa percorrendo esse caminho enigmático sobre a loucura e o trabalho.

CAPÍTULO 1: CONSIDERAÇÕES SOBRE TRABALHO E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE

1.1 Aspectos do campo Saúde do Trabalhador

A preocupação com a Saúde do Trabalhador surgiu durante a Revolução Industrial, quando os operários foram submetidos a um processo de produção acelerado e penoso. Nesse cenário, a intervenção no adoecimento foi necessária e aconteceu; mas em prol da sobrevivência de um modelo de produção nocivo (MENDES; DIAS, 1991). De fato, como especialidade da medicina, a “medicina do trabalho” surgiu como um olhar exclusivamente médico para a Saúde do Trabalhador tendo em vista o aumento da produtividade industrial. Agia com foco na melhora da produção nas fábricas. Além desse foco, tornou-se obsoleta ante o ritmo da evolução tecnológica industrial, que impôs novos processos de trabalho, novos equipamentos, novos produtos químicos e uma nova divisão do trabalho.

A resposta a essas mudanças se traduziu na chamada saúde ocupacional, que amplia a atuação médica no ambiente de trabalho e incorpora novas profissões (MENDES; DIAS, 1991). Desdobramentos sociais e políticos complexos como o envolvimento maior dos trabalhadores nas discussões sobre saúde e segurança no trabalho revelaram, aos poucos, a insuficiência da saúde ocupacional.

Nesse rastro, começou a se desenvolver a Saúde do Trabalhador como um campo teórico e prático presente em estudos, políticas e programas relacionados com a saúde coletiva (MENDES; DIAS, 1991; PAPARELLI; SATO; OLIVEIRA, 2011). A Saúde do Trabalhador configura-se como um campo de estudo em que se busca compreender e analisar a relação saúde e doença como processo social relacionado ao trabalho. Nela, portanto, o trabalho está intimamente envolvido com a produção social da saúde-doença. “É um campo interdisciplinar e interinstitucional construído por diversos atores de lugares sociais distintos, ligados por objetivos comuns” (MENEZES, 2012, p. 18). Como afirmam Laurell e Noriega (1989), integrar a experiência operária ao processo de produção de conhecimentos ajuda a fazer avançar o saber acadêmico sobre a saúde das coletividades trabalhadoras. Pela pesquisa sobre processos de trabalho, os estudos sobre a Saúde do Trabalhador buscam detectar riscos e agravos à

saúde dos trabalhadores resultante de tal processo. Isso seria uma forma de compreender o processo de adoecimento e morte dos trabalhadores.

O pilar fundamental da Saúde do Trabalhador está em um compromisso: mudar o quadro de saúde da população trabalhadora. Compromisso esse que supõe ação política, jurídica e técnica, além de posicionamento ético. Obriga a definições claras em um percurso que pode ser conturbado: de resistência, conquistas e limitações típicas dos movimentos sociais, de lutas coletivas por condições de vida e trabalho mais dignas; (des)respeito de empresas à legislação, omissão estatal quanto a definir e concretizar políticas, a intervir com mais incisão no espaço laboral (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

No Brasil, o campo Saúde do Trabalhador reflete a trajetória que deu origem a seu desdobramento e é marco de seu corpo conceitual e metodológico. Ainda que nem sempre haja explicitação de premissas para tal, trata-se de meta, horizonte, de uma vontade que une trabalhadores, profissionais de serviços, técnicos e pesquisadores. Com efeito, as classes trabalhadoras formam um novo sujeito político e social segundo o campo Saúde do Trabalhador: o trabalhador sai da passividade, da posição de hospedeiro, paciente para aprender e se tornar um agente de mudanças que se vale de saberes relativos a seu trabalho e suas vivências partilhadas na coletividade para intervir e transformar a realidade laboral, atuar no controle da nocividade; na definição de prioridades de intervenção e na elaboração de estratégias transformadoras (LACAZ, 2007).

A relação entre saúde e doença coletiva como processo social tem como caráter de análise principal a saúde dos trabalhadores, como afirmam Laurell e Noriega (1989). Incorporar a experiência do operariado ao processo de produção de conhecimentos ajudaria a fazer progredir o saber acadêmico sobre a saúde das coletividades operárias. Compreender a doença em um plano social supõe que estudos sobre o processo saúde-doença têm de ir além da dimensão do indivíduo.

Essa percepção, segundo Laurell (1982), presume uma crítica à explicação biológica da doença a fim de chegar a uma interpretação fundada em seu caráter social. Ela propõe, então, construir outro saber que ofereça mais possibilidades de abordar o problema da saúde associada com o trabalho como fenômeno coletivo e social; um saber que recorte uma prática que não só dependa de uma interpretação do processo saúde-doença, mas também se posicione fundada em bases sociais que a impulsionem e

a amparem. Estudos com essa perspectiva requerem, então, uma teoria social que ofereça elementos para caracterizar grupos sociais. Afinal, agora interessa a experiência grupal, coletiva, considerada em função de características sociais do grupo, a exemplo dos trabalhadores.

A abordagem em Saúde do Trabalhador provoca uma intervenção na realidade que articula a política pública com a vida social. Esta abordagem contempla ações de “promoção”, “prevenção”, “assistência” e “reabilitação”. A Vigilância em Saúde do Trabalhador, por exemplo, é uma prática voltada, em especial, para a “prevenção”, que visa à promoção e proteção à saúde dos trabalhadores, assim como “[...] sua recuperação e reabilitação quando submetidos a riscos e agravos advindos das condições de trabalho” (MENEZES, 2012, p. 34).

Enfim, como reitera Laurell (1982, p. 2, grifo nosso), a doença tem caráter histórico-social:

Por um lado, temos o conceito de saúde, que expressa como se conceitua e se define socialmente determinado fenômeno. Por outro lado, esconde-se atrás da palavra *doença* um processo biológico que ocorre na população, independentemente do que se pense a respeito dela. É necessário, então, comprovar o caráter social de ambas.

Tais aspectos remontam à obra *O normal e o patológico*, publicada originalmente em 1966, onde Canguilhem (2002) defende a tese de que os problemas das estruturas patológicas e dos comportamentos patológicos humanos serão mais facilmente compreendidos não isoladamente, mas inseridos em um contexto histórico. Para ele, os fenômenos patológicos seriam idênticos aos fenômenos normais correspondentes, sendo as variações de ordem unicamente quantitativas. “Saúde é uma maneira de abordar a existência com uma sensação não apenas de possuidor ou portador, mas também, se necessário, de criador de valor, de instaurador de normas vitais” (CANGUILHEM, 2002, p. 152).

Para Canguilhem (2002, p. 44-45), saúde e doença são “[...] dimensões constitutivas do processo dinâmico que é a vida, estando cada uma dessas dimensões contida na outra [...]”; nesse caso, saúde estaria relacionada com a “[...] capacidade de o ser vivo estabelecer normas, de tolerar e enfrentar as infidelidades e as agressões do meio (na medida em que o normal se constitui das variabilidades e flutuações desse meio)”. Essa possibilidade vai além da ideia de adaptação, ou seja, demanda processos racionais e psíquicos como a definição e imposição de regras e criação de mecanismos e

ações de enfrentamento das vicissitudes da vida. Saúde, portanto, refere-se à possibilidade de o sujeito participar, regular e interferir, muito mais que um referencial unicamente biológico. Diz respeito ao sujeito enredado na subjetividade, sujeito implicado, como ator na cena. O trecho abaixo de Canguilhem (2002, p. 148) guarda o âmago de sua ideia sobre saúde-doença como processo:

Se reconhecemos que a doença não deixa de ser uma espécie de norma biológica, conseqüentemente o estado patológico não pode ser chamado de anormal no sentido absoluto, mas anormal apenas na relação com uma situação determinada. Reciprocamente, ser sadio e ser normal não são fatos totalmente equivalentes, já que o patológico é uma espécie de normal. Ser sadio significa não apenas ser normal em uma situação determinada, mas ser, também, normativo, nessa situação e em outras situações eventuais. O que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas.

A noção de saúde defendida pela medicina social – portanto, do campo da Saúde do Trabalhador – está vinculada a essa ideia de Canguilhem, ou seja, de saúde como processo; mas não à ideia de saúde para a Organização Mundial de Saúde (OMS). Na Constituição da OMS, seus Estados-membros, consoante à Carta das Nações Unidas, declararam que:

A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social (CONSTITUIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946, *on-line*).

Da ideia de processo de saúde é possível inferir a de estados de bem-estar, ou seja, numa lógica processual, a saúde do ser humano passa por circunstâncias em que o bem-estar pode alcançar sua plenitude máxima e noutras em que a pessoa enfrenta problemas que anulam parte de seu bem-estar e a impedem de fazer atividades como o trabalho. Indiretamente, a definição da Constituição da OMS parece apontar essa perspectiva quando anota “Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir”. Da forma como vemos, o melhor estado não equivale ao estado completo; não lemos o absolutismo deste na relativização daquele. Relativização porque a definição alude à *possibilidade* de algo ser atingido.

Com efeito, a ideia de atingir (alcançar) em associação com a saúde permeia o pensamento de Dejours (1986); mas sua visão é de crítica à definição da OMS. Para ele, um estado completo de bem-estar e conforto seria impossível de ser definido. Não existiria. Saúde é um objetivo a ser atingido e deve considerar três elementos: o fisiológico, o psicossomático e a psicopatologia do trabalho, que podem mudar a concepção de saúde. Reunidas, sobretudo, na teoria psicodinâmica de trabalho, as ideias desse teórico fazem interface com a Saúde do Trabalhador, portanto se coadunam com o objeto deste estudo, que tateia o campo da saúde mental relacionada com o trabalho. Além disso, essas considerações sobre Saúde do Trabalhador se abrem a observações teórico-conceituais sobre o mundo do trabalho e a categoria trabalho. Tais temas são importantes para aprofundar as articulações com a saúde dos trabalhadores de CAPS. Considerar o mundo do trabalho e a categoria trabalho Saúde numa lógica teórico-conceitual supõe voltar um pouco no tempo.

1.2 Características do mundo do trabalho

Na Idade Média, a forma central de trabalho era o labor no campo, no meio rural. O homem desse ambiente produzia para seu consumo e o de sua família. Na base do funcionamento do comércio, estava a troca de mercadorias entre os que produziam. A relação de cada trabalhador com a produção, o produto e o consumo era de proximidade e controle. À época da Revolução Industrial, entre os séculos XVIII e XIX – quando ganhou espaço o capitalismo industrial baseado no acúmulo de riquezas via industrialização de produtos –, o início da remuneração pelo trabalho prestado marca um momento de mudança.

O trabalhador no sistema capitalista e sua produção estão determinados pela sociedade. Ele é diminuído a simples produtor de valor de troca que provoca o indeferimento de sua existência natural. Na relação entre o trabalho assalariado e o capital, o produtor é alijado dos meios de produção necessários à sua reprodução e precisa vender sua força de trabalho a fim de se reproduzir. “Todo o sistema de produção capitalista repousa no fato de que o trabalhador vende a sua força de trabalho como mercadoria” (MARX, 2013, p. 48).

Houve transformações das relações sociais e de trabalho, pois o processo de urbanização o que leva ao surgimento das cidades estimula o campesino a deixar a vida

e atividade no meio rural para tentar trabalhar nos centros urbanos (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997; VERA, 2009). No dizer de Marx (2013), sem a terra para produzir em prol de sua subsistência, o camponês que se torna cidadão tem que vender sua força de trabalho para sobreviver. Como tal, passa a compor a classe trabalhadora.

Não por acaso, o trabalho se projeta na teoria de Marx (2013), que o vê como atividade na qual o homem se vale de forças para produzir meios que lhe permitam assegurar seu sustento e o de sua família. Segundo ele, na sociedade capitalista, quando o trabalhador não possui meios para produzir o que necessita para sobreviver, passa a vender sua única mercadoria que dispõe que é a sua força de trabalho. Essa diferença é importante porque, enquanto na produção pré-capitalista – pré-industrial – o trabalhador conhecia a cadeia de produção do início ao fim, as relações de produção capitalista supõem o não envolvimento pessoal do trabalhador com o que ele produz. Afinal, ele não participa de todo o processo de produção.

Apesar de não ser associado ao modelo de escravidão, o período do trabalho assalariado no capitalismo industrial foi considerado desumano ao trabalhador, dados os salários baixos, as jornadas laborais longas e as condições de trabalho insalubres por conta do aumento do número de máquinas (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997; VERA, 2009). Essa realidade começa a ser alterada ao longo da segunda metade do século XIX, com a promulgação de normas de proteção ao trabalhador, cujo auge ocorre no século XX, quando se criam leis trabalhistas mais benéficas aos operários.

De fato, o século XX foi marcado por mudanças no mundo do trabalho. Intervenções resultaram em nova organização do trabalho. Em parte, esta ocorre com o taylorismo e o fordismo, cujos processos de trabalho eram marcados pelo proletariado fabril tradicional, manual, estável e especializado; mas “O mundo do trabalho atual tem recusado os trabalhadores herdeiros da ‘cultura fordista’, fortemente especializados, que são substituídos pelo trabalhador ‘polivalente e multifuncional’ da era toyotista” (ANTUNES; ALVES, 2004, p. 339).

Noutros termos, o trabalhador da era toyotista é capaz de executar tarefas diferentes e realizar, sozinho, funções diversas. Isso quer dizer que a força e capacidade do trabalhador são exploradas ao máximo, com o custo de expô-lo ao trabalho precarizado, com condições de trabalho inadequadas para a saúde, o que pode prejudicá-los. Além disso, a conjuntura atual mostra inversão nas formalidades trabalhistas; afinal, os empregos informais se apresentam em um número mais

expressivo do que os formais. Surge uma classe trabalhadora marcada pela jornada em tempo parcial, temporária, terceirizada e informal (ANTUNES, 2005), o que impacta na organização do trabalho. Parece delinear-se, porém, uma morfologia do trabalho marcada por um desenho multifacetado, resultante de mutações que abalaram o mundo produtivo do capital nas últimas décadas, como mostra o autor. No mundo contemporâneo, há um trabalho mais “polivalente” e “multifuncional”, cuja compreensão supõe ampliar a ideia de trabalho.

No dizer de Antunes (2007, p. 101, grifo do autor), a classe trabalhadora abrange os assalariados, a totalidade do trabalho social e do coletivo trabalhista: “[...] homens e mulheres que vivem da venda da sua força de trabalho, a *classe que-vive-do-trabalho*, e que são despossuídos dos meios de produção”. Ela inclui quem vende sua força de trabalho para sobreviver: seja trabalhadores manuais diretos ou o proletariado industrial; trabalhadores produtivos ligados à criação de mais-valia ou improdutivo que vivenciam situações semelhantes à dos primeiros. Em resumo, inclui quem não possui meios de produção e cuja sobrevivência depende da venda da força e capacidade de trabalho. Visto que fornecem mais-valia direta ou indiretamente ao capitalista, todos os trabalhadores, “produtivos” ou “improdutivos”, são igualmente necessários à produção e reprodução do capital; ou seja, são explorados objetivamente (ANTUNES, 2007, p. 101).

Subjacente a essas transformações no mundo do trabalho contemporâneo, aponta-se o neoliberalismo como diretriz da reestruturação da produção capitalista após a crise do capital na década de 1970. Prega-se, dentre outros aspectos, a não participação do Estado na economia – associação com as políticas de privatização – e a total liberdade de mercado (livre comércio), pois esse princípio garantiria o crescimento econômico e o desenvolvimento social de um país. O sistema capitalista se viu ante um quadro de decadência que demandou mudanças ideológicas de impacto econômico, social e político para recuperar o ciclo produtivo; mudanças que, é claro, repercutiram na “classe-que-vive-do-trabalho” (ANTUNES, 2007). A conjuntura atual apresenta o processo chamado de reestruturação produtiva, em que o sistema capitalista reformula a produção desde o seu início, ora com inovações tecnológicas, ora com a organização de novos processos de trabalho para gerar produtos diferentes, flexibilizando o trabalho.

Iniciado em países como Inglaterra e Estados Unidos por volta de 1979 e 1980, o neoliberalismo alcançou países capitalistas mundo afora, consolidando sua hegemonia

nas políticas de governos capitalistas. As transformações associadas com a onda neoliberal afetaram o todo das sociedades, em especial o âmbito do trabalho. Conforme diz Montenegro (2007), na economia, as mudanças impactaram nos anos 1990, como no Brasil e tentativa de garantir o controle da inflação e aumentar a entrada de capital estrangeiro com o Plano Real. Fazer isso exigiu situar a economia do país na agenda das propostas neoliberais com base em três pilares econômicos para sustentar o plano sob orientação do Consenso de Washington: 1) juros elevados; 2) valorização artificial da taxa de câmbio (com paridade flexível frente ao dólar) e 3) abertura comercial. Supostamente, essas medidas bastariam para alcançar o crescimento econômico e mudar a situação vivida pelos brasileiros.

Ainda segundo aquele autor, as medidas adotadas foram não só insatisfatórias para a economia nacionais, como também trágicas para a classe trabalhadora. A manutenção de taxas de juros elevadas dificultou o crescimento do mercado interno e isso inviabilizou a criação de postos de trabalho. Por consequência, aumentou o índice de desemprego, o que propiciou a entrada de capital estrangeiro com grandes agrupamentos econômicos ávidos para explorar uma massa de desempregados ávidos por qualquer emprego.

Não por acaso, a imposição da política neoliberal no Brasil, na virada da década de 1990, resultou no crescimento da terceirização. Por exemplo, hospitais públicos contrataram profissionais de diversas áreas por intermédio das cooperativas de profissionais variados que se formaram; e estatais privatizadas se abriram a atuação de profissionais terceirizados. A contratação de pessoal especializado para desempenhar certas funções que ficavam a cargo, por exemplo, de pessoas não especializadas, mas concursadas, criou um ambiente de convivência, quiçá tensa, por conta de desigualdades trabalhistas: carga horária e salários diferenciados, convênios médicos, além de benefícios que só cabem aos funcionários concursados (MONTENEGRO, 2007). Veremos nos próximos capítulos como este quadro se confirma no CAPS.

Na década de 1990, ainda segundo o autor acima, em centros urbanos mais populosos do País houve crescimento significativo da economia informal e formas de trabalho não regulamentadas, mostrando que a

[...] exclusão, o desemprego, a marginalização e o subemprego são elementos importantes para a compreensão de um fenômeno que vem alterando a composição, formação e distribuição da força de trabalho em nosso território: a informalidade (MONTENEGRO, 2007, p. 13).

Sem apoio e tendo sua força de trabalho vista como desnecessária, os trabalhadores têm de lidar com situações e condições que degeneram e precarizam seu trabalho deles e desvalorizam sua força laboral. Enfraquecem-se o respaldo legal e outras formas de proteção social, pois não há vínculos empregatícios formais.

As consequências da lógica do neoliberalismo incluem o desemprego de profissionais experientes que dão lugar a recém-formados e a profissionais pouco experientes por aceitarem salários inferiores aos de um profissional experiente não aceitaria. Tal perspectiva aumenta o desemprego na faixa etária econômica ativa, pois pessoas com idade acima de 40 anos passam a ser excluídas do mercado de trabalho. A necessidade de subsistência acaba levando os trabalhadores mais qualificados e experientes a buscar o trabalho informal (ANTUNES, 2005).

No rastro da informalidade, cresce o trabalho domiciliar. Nesse caso, a mulher desenvolve sua atividade produtiva no lar. O trabalho produtivo em domicílio se mistura com o trabalho reprodutivo doméstico, e isso cria condições para não só aumentar as formas de explorar a mão de obra feminina, mas precarizar seu trabalho impondo uma forma de flexibilizar o ambiente laboral, de estendê-lo a mais de um espaço. Além disso, desempregados têm se valido do crescimento do chamado terceiro setor: organizações representativas de uma forma alternativa de ocupação profissional em empresas sem fins lucrativos cuja oferta de trabalho supõe predominantemente o voluntariado e incorpora parte dos trabalhadores excluídos pelas tendências atuais do mercado de trabalho. A esse contexto de mudança se acrescenta outro aspecto com relação à mão de obra feminina e seus salários. Embora a presença da mulher na fábrica tenha se ampliado em relação à força de trabalho masculina, no plano dos salários as proporções são inversas: trabalhadoras que ocupam o mesmo cargo ocupado por operários tendem a receber salários menores (ANTUNES, 2005).

Combinada com a reestruturação produtiva, a diretriz neoliberal trouxe mudanças inclusive a trabalhadores que se encontravam em situação aparentemente privilegiada, por exemplo, com vínculos de trabalho estáveis, tais como aqueles estabelecidos com o Estado (SELIGMANN-SILVA, 2010). A precarização ocorre mesmo em meio a eles, em especial a perda de direitos. As mudanças de gestão, em especial pela ideologia gerencialista (GAULEJAC, 2007), podem produzir circunstâncias e vivências de insegurança e competição, abuso de poder, frustração e

rebaixamento da autoestima; além disso, cabe considerar que o Estado se abre a relações com o mercado capitalista, de maneira que os servidores estatais servem, também, ao mercado. Logo, as instabilidades e flutuações deste podem afetar aqueles cujo salário não depende necessariamente do mercado.

É fundamental a reflexão sobre o trabalho no contexto brasileiro da reforma trabalhista de 2017, por conta, em especial, de dois fatores: 1) as novas modalidades de contrato de trabalho e 2) a prevalência do negociado sobre o legislado. Apesar deste não ser o tema central desta pesquisa, é importante marcar este aspecto, assim como enfatizar os efeitos maléficos deste quadro na saúde dos trabalhadores, tendo em vista o aumento dos acidentes de trabalho (DIEESE, 2017)) e do presenteísmo (SELIGMANN-SILVA, 2010). De qualquer forma, queremos mostrar que tudo o que muda na estrutura produtiva provoca mudanças na sociabilidade, nas relações sociais, conforme enfatiza Antunes (2005).

Nesse contexto de mudança, segundo Antunes e Alves (2004), não faltam teorias sociológicas que tentam desconstruir a centralidade social da categoria trabalho; mas salientam que há uma grande corrente que defende o trabalho como fenômeno central na vida do homem, elemento ontologicamente fundante do indivíduo, condição para sua existência. Como diz Antunes (2005, p. 91), “[...] uma vida cheia de sentido fora do trabalho supõe uma vida dotada de sentido dentro do trabalho”. Em outras palavras, o trabalho humano não pode ser banido da sociedade: sua importância é central para o entendimento dos processos sociais, uma vez que funda o ser social.

A questão da centralidade do trabalho na sociologia nos aproxima de Dejours (2007, p. 21), para quem o trabalho compõe a condição humana: “[...] é, e continuará sendo central em face da construção da identidade e da saúde, da realização pessoal, da formação das relações entre homens e mulheres, da evolução da convivência e da cultura”. Se assim o for, então na nova morfologia do trabalho de que fala Antunes, o trabalho não escapa à sua condição de elemento da construção da saúde, como afirma Dejours, porque o ambiente, as condições e a execução do trabalho estão associadas à gênese de sofrimento e doença.

1.3 Trabalho, saúde e adoecimento

Na investigação do processo saúde-doença relacionado com o trabalho, considera-se importante a análise do contexto do trabalho, que compreende: o processo produtivo e o ambiente, as condições e a organização do trabalho.

O processo de trabalho refere-se a toda atividade orientada para um fim que resulta na produção de valores de uso e de bens, assim como em um processo técnico, social e econômico que valoriza a produção da mais-valia, do lucro. Trata-se da materialização do processo de valorização e divisão do trabalho, como se lê em Laurell (1982).

As condições de trabalho aludem às características físicas, químicas e biológicas presentes no ambiente laboral que atuam sobre a saúde dos trabalhadores. A organização do trabalho diz respeito, por um lado, a divisão do trabalho, a repartição das atividades, portanto, ao modo operatório (cadência, ritmo, sobrecarga) e ao conteúdo das tarefas, o que atinge diretamente, a questão da motivação no trabalho; por outro lado, a divisão dos homens, aos relacionamentos interpessoais, com colegas e chefias, o que atinge a questão da hierarquia e do poder, e que evocam sentimentos de afetividade, solidariedade e confiança, além do reconhecimento no trabalho ou o oposto, que reduz o trabalho a uma simples questão de sobrevivência, podendo levar, por exemplo, ao presenteísmo e adoecimento. Por isso, é a organização do trabalho que atinge o nível do funcionamento psíquico, como enfatiza Dejours (1982; 1986) e que retomaremos mais a frente.

Quando a organização do processo de trabalho é maléfica ao trabalhador, a ponto de desequilibrar suas condições de saúde, o desejo do indivíduo se projeta como importante para que possa encontrar estratégias de defesa e lidar com o sofrimento. A organização do trabalho benéfica para o trabalhador, que não desestabiliza sua saúde, supõe seu desejo de encontrar estratégias de defesa para lidar com o sofrimento. Assim, a análise da organização e do processo produtivo é importante para identificar alterações necessárias para melhorar as condições laborais e prevenir riscos e agravos à saúde dos trabalhadores (LAURELL; NORIEGA, 1989; DEJOURS, 2011; LACAZ, 2007; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Segundo Dejours (1999; 1993), o trabalho pode ser fonte de saúde ou de adoecimento. Para ele, saúde e doença, assim como a capacidade de resistência do trabalhador a ponto de adoecer ou não, estão relacionadas com a qualidade das relações de trabalho, um dos aspectos da organização do trabalho. As relações de trabalho nas

organizações podem fazer do homem uma vítima do trabalho; se somadas às contradições da relação capital-trabalho, então podem levar ao adoecimento do trabalhador, ao sofrimento patogênico, que esclareceremos posteriormente.

Por exemplo, independentemente das instruções de execução, cada trabalhador tende a executar suas tarefas com certa singularidade, em razão de idiossincrasias como força, destreza e exatidão, atenção, concentração e reflexo, dentre outras. Além disso, situações inesperadas no ambiente laboral podem levar a improvisos na realização das tarefas que impedem o trabalhador de alcançar a perfeição na execução da que o empregador prescreveu. O trabalho prescrito fica distante do trabalho real. Noutros termos, “[...] o conjunto de atividades previamente planejadas e organizadas” (DEJOURS, 1997, p. 39) se reduz a “uma tarefa [que] não pode ser obtida pela execução rigorosa do prescrito” (DEJOURS, 1997, p. 43).

Como diz Dejours (1995), quanto maior for a distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real, maior será a chance de adoecimento do trabalhador. Ainda assim, Mendes (2008) diz que, apesar dessas adversidades, o trabalhador tem encontrado estratégias para lidar com o sofrimento proveniente de condições desequilibradas de trabalho e os riscos e agravos a saúde mental decorrentes desse desequilíbrio.

Quando analisamos a relação do processo saúde-doença com o trabalho, entra em jogo o trabalho dominado, que, conforme Seligmann-Silva (2010), refere-se a aspectos políticos das relações de poder e dominação que se desdobram no trabalho. Segundo ela, “[...] das características atuais do trabalho [que] têm influência sobre a saúde mental dos trabalhadores [...]” podem se associar, dentre outros pontos, a “[...] formas de organização do trabalho e políticas de gerenciamento que desconsideram os limites físicos e psíquicos do trabalhador [...]” (SELIGMANN-SILVA, 2010, p. 187). Essa desconsideração se traduz, por exemplo, na “[...] anulação de sua subjetividade para que a produção não seja prejudicada e as metas estabelecidas sejam cumpridas” (SELIGMANN-SILVA, 2010, p. 187).

Não por acaso, conforme Seligmann-Silva (2010), pesquisas sobre precarização das relações sociais do trabalho e seus impactos na sociabilidade e na saúde geral estudam assuntos como estes: imposição de ideologias, formas de dominação na exploração e expropriação da subjetividade, mutações da dominação e exploração no serviço público, identidade social e transformações na vida laboral, transformações psicoculturais que refletem a gênese das tensões, desgaste mental e até expressões

clínicas de adoecimento mental, dentre outros. São temas que convergem para o campo da saúde mental relacionada com o trabalho, um campo da Saúde do Trabalhador.

1.4 Saúde Mental Relacionada com o Trabalho (SMRT)

A saúde mental do trabalhador se projeta como importante porque problemas de adoecimento, cuja maioria é mediada pela dominação, alienação e, muitas vezes, exposição à violência nos ambientes de trabalho, continuam a demandar atendimento em serviços públicos (PAPPARELLI; SATO; OLIVEIRA, 2011); além de motivar afastamento e até aposentadoria por invalidez em meio a muitos trabalhadores do mercado formal de trabalho (JACQUES, 2007; SAMPAIO; MESSIAS, 2002). Num contexto em que a ampliação do processo de automação do trabalho não diminuiu a demanda por força física do trabalhador – antes, aumentou a exigência de capacidade psíquica – disciplinas diversas começaram a pesquisar a relação entre SMRT e seus desdobramentos para o trabalhador. Entre pesquisadores no Brasil, a relação entre saúde mental e trabalho tem ganhado espaço como objeto de preocupação e discussão. Os estudos enfocam fenômenos como fadiga, estresse, alienações e dominações, embotamento afetivo e transtornos mentais à luz de fundamentos teóricos e modelos próprios (SELIGMANN-SILVA, 2010).

Conceber o contexto da SMRT requer conhecer a articulação de vários territórios. É necessário assimilar a divisão internacional da riqueza, do poder e do trabalho nos contextos nacionais, assim como compreender determinações estruturais, conjunturais, políticas econômicas e de desenvolvimento social, legislação trabalhista e garantia de direitos; nas condições gerais de vida – moradia, saneamento básico, transporte, alimentação – que deteriorem a classe dos trabalhadores; nas empresas, quando se preza as relações de trabalho, tipos de gestão, recursos humanos; no espaço microsocial do local do trabalho, sobre as dinâmicas intersubjetivas e aspectos coletivos; e na individualidade, em que se considera a trajetória pessoal e singular, cuja confrontará com as forças dos demais territórios (PAPPARELLI; SATO; OLIVEIRA, 2011).

Três referências teórico-metodológicas do campo da SMRT são sintetizadas por Seligmann-Silva (2010); são as abordagens fundadas na *Teoria do estresse*, na

Psicanálise e no Modelo do desgaste mental (PAPPARELLI, 2009; SELIGMANN-SILVA, 2010).

A teoria do estresse foi empregada na física. Refere-se ao desgaste de materiais após exposição a excessos de peso, calor, radiação e outras condições. A palavra estresse, em 1936, através do endocrinologista Selye, foi usada para designar uma “síndrome geral de adaptação”. A síndrome apresenta uma fase de reação de alarme – imediata, com descarga súbita de adrenalina na circulação sanguínea, que altera a circulação e o tônus muscular; uma fase de adaptação – há acomodação da situação estressante; por fim, uma a fase de exaustão – prolongando das demais fases que dá espaço ao desequilíbrio e esgotamento. Mas tal paradigma foi visto como limitado para compreender o desgaste mental no trabalho, pois não se abre à análise da complexidade das interações entre fatores estressores associáveis com a situação de trabalho (PAPPARELLI, 2009; SELIGMANN-SILVA, 2010).

A Psicanálise, historicamente, é ressaltada na psicopatologia do trabalho, formada por correntes diversas de conhecimento; não por acaso, trouxe ao campo da SMRT contribuições importantes para entender e aprimorar conhecimentos sobre a dinâmica intrapsíquica e intersubjetiva e as características dos laços sociais. Mostrou a divisão psíquica do sujeito, tendo em vista a existência do inconsciente (FREUD, 1900), e a importância do outro (leia-se cultura) na constituição do sujeito (FREUD, 1921; 1923; 1930). Para Freud (1921), não existe diferença entre psicologia individual e psicologia social, tendo em vista que o fenômeno psíquico é um fenômeno social.

Estudos que incorporam a Psicanálise e a Psicologia Social criam uma abordagem da dinâmica em que o ressentimento se instala e se desdobra nas subjetividades, nas relações interpessoais e no âmbito coletivo. O psiquiatra Louis Le Guillant foi o pioneiro nessa linha de conhecimento na origem de adoecimentos e mesmo de graves conflitos. Estudos realizados têm apontado para o potencial psicopatogênico do ressentimento, tanto individual, que ocorre em pessoas, quanto ao coletivo, que se refere ao potencial de revolta em populações ou mesmo segmentos sociais que foram submetidas a despeito e/ou exploração. É da referência psicanalítica que se origina a psicodinâmica do trabalho, de Cristophe Dejours, apoio teórico desta pesquisa sobre o processo de trabalho no CAPS e que retomamos a seguir.

O modelo do desgaste mental traz um conceito que permite uma nova abordagem integradora de vários conceitos. Proposta por Seligmann-Silva (2010), essa

categoria mostra uma possibilidade de integrar as contribuições da psicopatologia e da psicodinâmica do trabalho e da medicina social latino-americana para compreender os transtornos mentais, cognitivos e psicoafetivos (PAPPARELLI, 2009; SELIGMANN-SILVA, 2010). Com efeito, foi na corrente da medicina social latino-americana, segundo Laurell e Noriega (1989), que se erigiu a ideia de saúde dos trabalhadores como objeto de estudo específico. “Não por acaso, um objeto que supõe problematizar a relação entre trabalho e saúde pondo no centro da análise o caráter social do processo saúde-doença e a necessidade de entendê-lo na sua articulação com o processo de produção” (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 11)

Segundo Seligmann-Silva (2010), considerando o trabalho dominado, situações em que o corpo e os potenciais psíquicos do trabalhador são consumidos pelo processo de trabalho e por constrangimentos a ele vinculados, configura-se como desgaste. O desgaste do trabalhador pode variar de pessoa para pessoa, podendo se agravar de acordo com a vulnerabilidade humana. E pode ser intensificado dependendo das condições de vida de cada um. As determinações de ordem sociopolítica e econômica atuam nas relações entre o processo de trabalho e processo saúde-doença.

Voltemos ao referencial teórico com o qual esta pesquisa dialoga: a psicodinâmica do trabalho que dentre outros aspectos, acrescenta a SMRT a noção de sofrimento psíquico, objeto central na teoria de Dejours. O autor não compreende o trabalho como enlouquecedor e, portanto, ele não seria causador de patologias. O trabalho é algo que pode levar homens e mulheres ao sofrimento psíquico, dependendo do ambiente, das condições e da organização do trabalho em que eles se encontram, podendo ou não favorecer o surgimento de transtorno mental. Poderia adoecer quem não consegue se defender das imposições organizacionais, o que leva a uma desorganização da dinâmica dos seus processos psíquicos, quando estes se confrontam com a realidade do trabalho (SELIGMANN-SILVA, 2010).

1.5 Noções de Psicodinâmica do Trabalho

Em suas pesquisas, Dejours percebeu que os trabalhadores não se mostravam passivos; antes, eram capazes de se protegerem dos efeitos negativos e patológicos do ambiente e condições de trabalho à saúde mental. O trabalho tem uma dimensão subjetiva, podendo ser fonte de sublimação das pulsões, de satisfação pulsional

(FREUD, 1930). Dejours (2004, p. 28), como expoente da escola francesa na abordagem das questões que dizem respeito à organização do trabalho e seus impactos sobre a saúde mental do trabalhador, elaborou a

“[...] psicodinâmica do trabalho que é uma disciplina clínica que se apoia na descrição e no conhecimento das relações entre trabalho e saúde mental [...], uma disciplina teórica que se esforça para inscrever os resultados da investigação clínica da relação com o trabalho numa teoria do sujeito que engloba, ao mesmo tempo, a psicanálise e a teoria social”.

Dejours amplia seu olhar para a análise do sofrimento psíquico, segundo a visão dos trabalhadores; concentra-se na relação entre sofrimento e organização do trabalho, na análise das vivências de prazer e sofrimento no trabalho e das estratégias de enfrentamento utilizadas pelos trabalhadores para modificar o sofrimento e transformar o contexto de trabalho em um lugar de prazer. A Psicodinâmica do trabalho também estuda as formas de exploração do sofrimento mental no trabalho (PAPPARELLI, 2009; SELIGMANN-SILVA, 2010).

Dejours, Abdoucheli e Jayet (2010) declara que a dinâmica do sofrimento psíquico caracteriza um “estado de luta” do sujeito contra as forças que o corrobora para o desenvolvimento de doença mental. O sofrimento ocasiona um obstáculo do sujeito quando em conflito com a organização do trabalho, isto é, no momento em que todas as suas possibilidades de adaptação e ajustamento já foram utilizadas e ocorre uma fadiga, resultante da impossibilidade de harmonia entre o profissional e seu trabalho. Com o aumento da tensão e do desprazer, o sofrimento começa tornando o cansaço uma “testemunha não especificada da sobrecarga que pesa sobre um ou outro dos setores do organismo psíquico e somático”.

As contradições da relação entre capital e trabalho são motivos que podem levar ao adoecimento do trabalhador e fazê-lo sofrer. Nesse caso, o sofrimento, segundo o autor, pode ser patogênico ou criativo.

O sofrimento patogênico surge quando se esgotam todas as possibilidades de enquadramento do indivíduo na atividade laboral e o trabalhador não consegue adaptar-se ao funcionamento da organização do trabalho, gerando frustração, sentimento de injustiça, contribuindo para destruir sua subjetividade. O sofrimento patogênico ocorre também diante de incapacidade perante as demandas sempre mutantes do trabalho, o

que justifica o fato de que o modo de ser dos trabalhadores encontra-se sob o foco da atenção dos estudos da psicodinâmica do trabalho (DEJOURS, 2011).

O sofrimento criativo é aquele compatível com a normalidade, que impulsiona o indivíduo, que o faz produzir, deslançar, criando soluções favoráveis para sua vida e saúde em geral. Esse sofrimento possibilita ao trabalhador utilizar-se de seu conhecimento e de sua criatividade para contribuir com a organização do trabalho. Dessa forma, o indivíduo transforma seu sofrimento em algo benéfico para ele mesmo. Nesse processo, é necessária a articulação entre liberdade do trabalhador e a negociação na organização do trabalho. O sofrimento passa a ser criativo, quando o trabalho é reconhecido e todo o investimento pessoal demandado e que, de certa forma, está carregado de sofrimento, adquire um sentido, contribuindo com algo novo para a organização (DEJOURS, 2011).

Sobre o compromisso entre o sofrimento e as estratégias de enfrentamento do trabalhador, para Dejours (1992), a organização do trabalho exerce, sobre o sujeito, uma ação cujo alvo é o aparelho psíquico. Desse modo, o trabalhador para se proteger desses impactos, gera uma série de mecanismos de defesa. As estratégias de defesa do trabalhador são necessárias à realização do trabalho. O trabalhador não está passivo diante da organização do trabalho, mas consegue resguardar sua saúde mental e encontrar saídas para se “adaptar às situações concretas” do trabalho; o que pode ser benéfico do ponto de vista de saúde adotado neste estudo (CANGUILHEM, 2002; LAURELL; NORIEGA, 1989). Os sujeitos constroem estratégias defensivas, individuais e coletivas, para encontrar um equilíbrio para o seu funcionamento psíquico.

Convém reiterar que, para Dejours (1986), a *organização do trabalho* (divisão das tarefas e divisão dos homens) pode provocar reações nos trabalhadores, ou seja, tirá-los da condição de passividade, visto que tende a ter efeitos no funcionamento psíquico e na vida mental do trabalhador. O autor afirma que as relações de trabalho nas organizações, frequentemente, despojam o trabalhador de sua subjetividade, excluindo-o e fazendo do homem uma vítima do seu trabalho. Favorecer a produção de subjetividade leva a vivências de prazer. Quando a organização do trabalho permite o engajamento e a ampliação da subjetividade, propicia que o trabalho seja uma forma de investimento pulsional (libido), podendo favorecer a sublimação e a ressonância simbólica. Porém, a desconsideração da subjetividade favorece as vivências de sofrimento no trabalho.

Feitos esses esclarecimentos, convém fazer algumas observações sobre a teoria de Dejours, a psicodinâmica do trabalho, que se desenvolve no campo da vivência subjetiva do sofrimento e do prazer no trabalho. Na teia da história, tem sua base na tradição francesa da Psicopatologia do trabalho que estuda a relação entre prazer, sofrimento e trabalho, considerando processos psicossociais que acometem os indivíduos nas organizações. A temática central dessa teoria é o interesse na restauração da integridade e dignidade do homem em seu papel de produtor. Na esteira da Psicopatologia do trabalho, Dejours constrói a *Psicodinâmica do trabalho*, em que a análise é centrada nos fenômenos psíquicos e intersubjetivos na conexão do âmbito microsocial da situação de trabalho com o macrosocial. Seguindo essa corrente teórica, na década de 1980, Dejours publica o livro intitulado *Loucura do Trabalho: Estudo de Psicopatologia do Trabalho*, que trata, dentre outros temas, da relação entre organização do trabalho e funcionamento psíquico (LANCMAN; SZNELMAN, 2005).

Dejours (2011) destaca como pontos principais dessa teoria: 1) a contribuição do reconhecimento; 2) a construção da identidade; 3) o compromisso entre sofrimento e estratégias de enfrentamento do trabalhador; 4) a sublimação como estratégia de enfrentamento; 5) a racionalidade prática e 6) a preocupante alienação social. Além disso, somam-se a esses pontos: a cooperação no trabalho, a ressonância simbólica, o espaço coletivo de discussão e reflexão.

A importância da *contribuição do reconhecimento* consiste em ser reconhecido pelo outro, a partir do olhar da aceitação do outro. Dejours (2011) aponta que trabalhar significa buscar reconhecimento. É uma atividade humana que está além do controle institucional e informa que o sentido do trabalho é construído com base nessa valorização, numa identidade social, e essa expectativa de sucesso e gratidão, quando não acontece, pode afetar a saúde mental. Uma vez estagnada essa dinâmica, não existe a possibilidade de transformar o sofrimento em prazer. “[...] a forma específica da retribuição é o reconhecimento no sentido duplo do termo: reconhecimento no sentido de admitir essa contribuição da pessoa e reconhecimento no sentido de gratidão” (DEJOURS, 1999, p. 29).

A *construção da identidade* – a importância do trabalho na formação da identidade – é aqui entendida como processo que se desenvolve ao longo de toda a vida do sujeito, e que está vinculada à noção de alteridade. Esse processo deixa sempre em aberto uma lacuna, que nunca é preenchida. Na relação com o outro nos constituímos

como sujeitos, como nos mostra a psicanálise de Freud (1923; 1930). É justamente nessa relação que nos reconhecemos em um processo de busca de semelhanças e diferenças; são as relações cotidianas que permitem a construção da identidade individual e social, mediante trocas materiais e afetivas, que fazem o sujeito, ao longo de toda a sua vida, constituir sua singularidade em meio às diferenças. Na vida adulta, o espaço do trabalho será o palco privilegiado dessas trocas. Desse modo, o trabalho aparece como o mediador central da construção, do desenvolvimento, da complementação da identidade e da constituição da vida psíquica (LANCMAN, 2008).

As *estratégias de defesa* têm como função adaptar o sujeito às pressões de trabalho com o objetivo de conjurar o sofrimento. Segundo Mendes (1995), a transformação do sofrimento, vindo do rigor da organização do trabalho, em criatividade, depende de dois elementos: a ressonância simbólica e o espaço público de discussão coletiva.

O espaço público de fala significa a construção de um espaço para falar e ser ouvido em que podem ser expressas opiniões contraditórias e/ou baseadas nas crenças, nos valores e no posicionamento ideológico dos participantes. Dejours (1992) ressalta a importância de, através da Psicodinâmica, dar a palavra ao trabalhador para transformar o sofrimento que o aflige, pois “[...] é graças ao espaço da palavra que surgem conhecimentos sobre o trabalho real, que até então estavam parcialmente ocultos pelo sofrimento e as defesas contra este sofrimento” (DEJOURS, 1992, p. 169).

A ressonância simbólica ocorre quando há compatibilização entre as representações simbólicas do sujeito, seus investimentos pulsionais e a realidade de trabalho: “A ressonância simbólica articula o teatro privado da história singular do sujeito ao teatro atual e público do trabalho, abrindo assim uma problemática socialmente referenciada da sublimação e do prazer no trabalho (MENDES, 1995, s. p.).

A *sublimação como estratégia de enfrentamento* é o conceito mais usado pelos autores da Psicodinâmica do Trabalho, por se tratar de uma saída saudável do ego diante do sofrimento no trabalho. Trata-se de um destino pulsional, na visão de Freud (1930), um dos mais elevados, tendo em vista a satisfação da pulsão sem uma finalidade sexual direta. Para Freud (1930), o trabalho pode ser fonte de sublimação se o sujeito estiver afetivamente ligado a ele. Dejours, Abdoucheli e Jayet (2010) ressaltam o fato de a sublimação aparecer no campo social e conseqüentemente no ambiente de trabalho.

A *racionalidade prática* auxilia o trabalhador a resistir ao que é prescrito, utilizando recursos próprios e sua capacidade inventiva, pressupondo a ideia de astúcia, mobilizando-se conforme o surgimento de situações imprevistas. Pelo enfrentamento dessas situações, desenvolve um saber particular que, ao se tornar coletivo, transforma-se em ação de cooperação. Esse recurso apresenta a finalidade de minimizar o sofrimento e transformá-lo em prazer. Enfim, são utilizadas em todas as tarefas e atividades para compreender aquilo que resiste às prescrições e saberes atuais e para engendrar estratégias criativas, inovadoras e engenhosas (DEJOURS, 2011).

Sobre a preocupante *alienação social*, convém citar Mendes (2008): as defesas psíquicas são importantes para assegurar a saúde mental dos trabalhadores e trabalhadoras. Entretanto, elas podem funcionar como “armadilhas”, na medida em que se transformam em ideologias defensivas, as quais podem gerar alienação. Tal alheamento mascara o sofrimento e atende à ideologia empresarial dominante – ideologia gerencialista (GAULEJAC, 2007), a qual abusa do uso das defesas psíquicas para manter o trabalhador produtivo e desconhecedor das causas de sua angústia. É a ambivalência do sofrimento que gera a exploração dos modos de subjetivação do trabalhador.

Como forma de sintetizar os conceitos-chave do marco teórico deste estudo, a seguir é apresentado um quadro conceitual com aspectos da psicodinâmica do trabalho.

Quadro 1 – Conceitos principais relacionados com a psicodinâmica do trabalho

CONTEXTO DO TRABALHO	Organização de trabalho	Divisão do trabalho, das tarefas entre os trabalhadores (repartição, cadência, modo operatório prescrito) e divisão dos homens (repartição das responsabilidades, hierarquia, comando, controle – relaciona com chefias imediatas e superiores, membros da equipe de trabalho, clientes, fornecedores etc.
	Condições de trabalho	Características físicas, químicas e biológicas no ambiente laboral que atuam sobre a saúde dos trabalhadores. Supõem o ambiente físico, o ambiente biológico e as condições de higiene, segurança e antropométricas
	Ambiente de trabalho	Envolve as organizações. É o universo externo a elas; ou seja, a sociedade, onde estão mais organizações e grupos sociais. Daí advêm recursos materiais e humanos. Suas alterações podem levar as organizações a se deixarem influenciar por novas condições ambientais
SOFRIMENTO E DEFESAS	Estratégias defensivas	Forma de adaptação do sujeito às pressões de trabalho com o objetivo de enfrentar o sofrimento. Diferenciam-se dos mecanismos de defesa do ego por não serem interiorizados e persistirem a partir da presença de uma situação externa.
	Sofrimento criativo	O indivíduo se mobiliza para transformar o sofrimento em algo benéfico para si. Isso requer certa liberdade na organização do trabalho que ofereça margem de negociação entre as imposições organizacionais e o desejo do trabalhador.

	Sufrimento patogênico	O sujeito se vê ante a inflexibilidade da organização do trabalho, que o impede de encontrar vias de descarga pulsional em suas atividades laborais, as quais poderiam lhe proporcionar estratégias defensivas para suportar o contexto de trabalho.
MOBILIZAÇÃO SUBJETIVA	Inteligência prática	Estratégia de resistir ao que é prescrito, utilizando recursos próprios e sua capacidade inventiva, pressupondo a ideia de astúcia, mobilizando-se a partir do surgimento de situações imprevistas. Este recurso apresenta a finalidade de minimizar o sofrimento e transformá-lo em prazer.
	Reconhecimento	Forma específica de retribuição moral simbólica dada ao ego, como compensação por sua contribuição à eficácia da organização do trabalho, isto é, pelo engajamento de sua subjetividade e inteligência, sofrimento e defesas.
	Cooperação	Maneira de agir de um grupo de trabalhadores para ressignificar o sofrimento, fazer a gestão das contradições do contexto de trabalho e transformar em fonte de prazer a organização do trabalho, a qual seria possível a sua realização através do espaço público de discussão e pela cooperação entre os sujeitos.
	Espaço de discussão	Espaço público criado para a fala e a escuta em prol da expressão de opiniões contraditórias e/ou baseadas em crenças, valores e posicionamento ideológico dos que dele participam. Tem de ser constituído pelos trabalhadores como momento de partilhar confiança e regras comuns; de exprimir coletivamente o sofrimento e buscar mecanismos de transformação para sua transformação. Busca estimular o sentir, o pensar, o julgar e o agir com liberdade para construir novos sentidos para o vivido.

Feitas essas considerações, agora cabem as seguintes perguntas: *Quais as características da organização do processo de trabalho nos CAPS de Uberlândia? Será que esta organização do trabalho se constitui em fator de adoecimento para os trabalhadores em saúde mental?*

CAPÍTULO 2: UM RECORTE SOBRE O CAMPO DA SAÚDE MENTAL

2.1 *Normal ou anormal? Loucura, patologia e doença mental*

No capítulo um vimos que as noções de normal e anormal referem-se respectivamente a um padrão de comportamento e a um desvio desse, que atravessam a história da civilização e precisam ser compreendidos com a problematização dos termos normal, anormal e suas relações com o patológico e a noção de saúde e doença, que marcamos como um processo, como nos ensina Canguilhem (2002), em que saúde e doença são dimensões constitutivas deste processo que é dinâmico porque diz respeito à vida. Serão retomados alguns aspectos sobre estas questões de modo a encaminhar uma reflexão sobre: *o que é loucura?*

Na sociologia de Durkheim, como diz Frayze-Pereira (1994), as definições de normal e patológico podem ser diversas conforme as sociedades. Noutros termos, o considerado normal em uma sociedade pode ser visto como patológico em outra. Guiando-se por sua cultura e história, cada sociedade cria seus padrões de vida e conduta. Em decorrência disso, na mesma proporção em que os costumes de uma sociedade são variáveis, varia a compreensão do que seja doença.

Canguilhem (2002) enfatiza que, em uma visão positivista em relação aos indivíduos, normal e anormal são noções pensadas como variações quantitativas, numéricas, dicotomizadas. Anormalidade seria variação da normalidade; por consequência, fenômenos patológicos seriam variações do que é considerado fisiológico. Contrário a esse pensamento, o autor propõe uma percepção qualitativa e não dicotomizada, como se lê:

A anomalia é a consequência de variação individual que impede dois seres de poderem se substituir um ao outro de modo completo. Ilustra, na ordem biológica, o princípio leibnitziano dos indiscerníveis. No entanto, diversidade não é doença. O anormal não é o patológico. Patológico implica *pathos*, sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência, sentimento de vida contrariada. Mas o patológico é realmente o anormal (CANGUILHEM, 2002, p. 53).

Observa-se, assim, que o primeiro ponto de divergência entre Canguilhem e a visão de Comte está na compreensão de que as variações do estado normal não implicam necessariamente o anormal; podem existir diferentes formas de normalidade.

Ele introduz uma visão qualitativa da relação entre normal e anormal que não se encontra mais dicotomizada. Outra divergência está na compreensão do patológico. Como dito na citação acima, o anormal não é compreendido como sinônimo de patologia; ao contrário, o patológico deve ser percebido dentro da subjetividade de cada indivíduo.

Ao se referir à subjetividade, Canguilhem (2002) discute que o patológico está ligado ao *pathos*: manifestação subjetiva da dor, da depressão e da angústia, do autismo, da histeria e de outras condições. O *pathos* está na essência do ser humano; não só na excepcionalidade do adoecer. Se assim o for, então a doença e a anormalidade são conceitos ligados a história e cultura, e loucura seria um fenômeno suscetível de assumir facetas diversas. Mas essa diversidade de significações não anula a possibilidade de haver elementos recorrentes nas definições de loucura em cada sociedade.

Com efeito, pode-se pressupor que a loucura parte da ideia de existência de um defeito na capacidade individual de adequar-se à cultura que rompe com a natureza humana por ela definida. O louco seria um ser desumanizado, desculturado (FRAYZE-PEREIRA, 1994). Eis por que caberia dizer que a loucura não é originalmente um fato médico e nem sempre foi sinônimo de doença mental; antes, é resultado de processos sócio-histórico-culturais. Cada contexto histórico-político é responsável por desenvolver a sua psicopatologia, ou seja, sua compreensão de elementos essenciais das patologias para compreendê-las, classificá-las, estudá-las e tratá-las.

Como resultado disso, para lidar com a pessoa em sofrimento psíquico, foram consideradas perspectivas teórico-clínicas distintas. Por exemplo, na Antiguidade grega, a loucura estava associada a divindades, tinha aspectos positivos e negativos; é claro: trata-se de um modelo explicativo mais arcaico. Em tempos mais remotos de influência da Igreja Católica, os doentes mentais foram abandonados ou exorcizados; supostamente, estavam possuídos pelo demônio (AMARANTE, 1995).

O pensador francês Foucault (2010) tratou do tema da loucura. Ele observa que durante a renascença os loucos circulavam livremente na sociedade (é claro, não havia ainda a denominação louco). O isolamento estava destinado àqueles com comportamentos aberrantes, tais como os bêbados e devassos. A exclusão dos loucos da

sociedade começa durante a Idade Média. Com o controle da lepra, os leprosários passaram a ser destinados para tratar todo tipo de patologia, inclusive a loucura. Nesses ambientes, “espaço moral de exclusão”, conviviam pessoas com doenças venéreas e loucos. A partir desse momento, a loucura entra no horizonte social da pobreza, pois o loco é incapaz para o trabalho e o convívio social, conforme o argumento de Foucault, (2010).

No século XIX, a loucura passa a ser tratável e compreendida como alienação mental. Surgem, então, os asilos terapêuticos com a função de reeducar o louco, de recuperar suas faculdades mentais perdidas, por meio do controle social e moral (FOUCAULT, 2010). A lógica da loucura como perda da razão tratada por meio da exclusão social se espalhou pelo mundo ocidental. De tal modo, o asilo psiquiátrico se tornou ordem para os considerados loucos. Não por acaso, tornou-se, também, um espaço de privação violenta da liberdade, sonegação e mortificação das subjetividades. Esse estado de coisas permaneceu por cerca de 200 anos em quase todas as nações ocidentais (AMARANTE, 1995). Com esse projeto de medicalização da loucura, impôs-se de vez sua condição de doença.

Com efeito, como se lê no estudo de Monteiro (2011), antes não havia um conceito de doença mental nem separação entre razão e loucura. Isso implica que tal conceito é construção histórica; e sua história permite ver deslocamentos como o que houve após a proclamação da República (1889): do campo do religioso, a loucura passa a ser considerada no campo científico médico-psiquiátrico; subjacente à mudança, estava a proposta de tratamento que tivesse intenções e valores mais humanitários. Os desdobramentos desse deslocamento incluem, por exemplo, expansão da rede pública de hospitais psiquiátricos, instituições onde marcadas pela ideia de cura pelo isolamento. Dito de outro modo, o louco não podia conviver com sua família.

2.2 Aspectos centrais da reforma psiquiátrica

De fato, a história da loucura no Brasil acompanha o cenário mundial. Até o século XIX, a loucura fazia parte do convívio social. Por força do discurso religioso, os loucos foram associados à desordem e perturbação da paz social; isto é, foram removidos do convívio social e internados nos porões das Santas Casas de Misericórdia

e prisões públicas (BATISTA, 2014). A partir do século XX, foram aprisionados em hospitais psiquiátricos por décadas, sem respeito à individualidade e com tratamentos cruéis. Nos anos 1970, denúncias de maus-tratos, tratamento inadequado e violência dos manicômios centrados em hospitais psiquiátricos levam a um movimento em prol de mudanças do cenário asilar. Tem início, então, o processo de reforma psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2005).

Finda a década de 1970, uma sequência de eventos políticos, econômicos e sociais promoveu mudanças na sociedade. Incluem a crise do modelo ditatorial, o movimento de redemocratização, a luta pela ampliação dos direitos da população e outros. Surgiram críticas à ineficiência da saúde pública, ao financiamento dos serviços de saúde e ao caráter privatista das políticas de saúde; também houve denúncias de tratamento desumano a internados em hospícios do País (TENÓRIO, 2002).

Ao fim da década de 1980, além do campo técnico e científico, as discussões sobre o modelo de atenção em saúde mental permearam um movimento social com este lema: “Por uma sociedade sem manicômios”. Propôs-se a inversão do modelo de assistência à pessoa em sofrimento psíquico, que passa a ser compreendida segundo o conceito de desinstitucionalização com o cuidado do sujeito em sua existência, em suas condições concretas de vida (AMARANTE, 1995). Nessa concepção do cuidado em saúde mental, a clínica não se focaliza mais no isolamento terapêutico para o tratamento moral comum aos manicômios¹. A nova proposta baseia-se na criação de produção de sociabilidades e subjetividades. Faz o sujeito da experiência da loucura ter seu cuidado em sociedade, e isso rompe com a ideia de imoralidade ou de patologia instituída na Idade Média (GONZAGA, 2015).

A construção e solidificação do modelo manicomial perduraram quase 200 anos. Nesse meio-tempo, impôs uma marca na cultura do cuidado à pessoa em sofrimento psíquico. Como os manicômios eram empresas com fins de lucro, a desconstrução desse modelo exigiu não só transformação de práticas de cuidado, mas também intervenção em concepções da cultura popular e enfrentamento dos donos desses estabelecimentos.

¹ Convém salientar que a loucura tida como imoral começava justamente na internação nos leprosários, onde os loucos recebiam “tratamento moral” ao lado de pessoas com doenças venéreas.

A luta pela inversão do modelo de assistência das décadas de 1970 e 1980 confluiu no Projeto de Lei nº 3.657, do deputado Paulo Delgado, proposto no ano de 1989. A proposta inicial dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais (BRASIL, 1991; TENÓRIO, 2002). A proposta foi aprovada pelos deputados federais e enviada ao Senado em 1991; mas a pressão do setor privado sobre os senadores contribuiu para a demora da aprovação da lei da reforma psiquiátrica, que só veio a acontecer no ano de 2001; mesmo assim, com alterações importantes em seu texto, que passa a dispor sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001).

Apesar de a proposta de reforma na assistência psiquiátrica não excluir o setor privado – apenas exigiu uma mudança no modelo de atenção – os empresários donos de hospitais se viram ameaçados e utilizaram a força do capital e influência social para se oporem à proposta de reforma. Esses empresários financiaram a criação de entidades sociais por familiares de pessoas em sofrimento psíquico como oposição à reforma. A esse grupo antirreforma, somaram-se acadêmicos defensores da psiquiatria clássica e se apoiavam na experiência malsucedida de outros países como Estados Unidos da América (AMARANTE, 1995).

A transformação do cuidado em saúde mental enfrentou dificuldades desde seu surgimento. É notória como a força do capital promoveu influência negativa na transição para práticas humanizadas e comunitárias de saúde mental. De um lado, as dívidas de campanha dos senadores parecem ser uma resposta para o resultado legal tímido alcançado pelo movimento da reforma psiquiátrica; de outro, a sociedade desacostumada com uma atenção em saúde fundada no convívio social da pessoa em sofrimento psíquico reduz a potencialidade da transformação proposta.

O processo de desinstitucionalização, vivenciado ao longo da década de 1990, apontava a existência de novos desafios. Permanecia o modelo de assistência guiado, sobretudo, pela iniciativa privada. Além disso, a baixa expansão de cobertura de serviços primários de saúde e a desinstitucionalização foram percebidas em alguns locais como movimento duplamente perverso: gerava desassistência ao paciente de saúde mental e martirizava a família que cuidava sem o apoio necessário. Era necessário

avançar mais, na organização dos serviços de saúde e no processo de trabalho das equipes de Saúde Mental, que deveriam apoiar as famílias que recebiam essas pessoas (GONÇALVES; SENA, 2001).

Dispositivos da reforma psiquiátrica incluem o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas. Para isso, foram criados no início do ano 2000, o programa De Volta para Casa, residências terapêuticas, centros de convivência e cultura, centros de Assistência Psicossocial (CAPS), leitos de atenção integral em hospitais gerais e CAPS III; também houve ações territoriais na atenção básica, reforçando a importância do atendimento na atenção primária como porta de entrada a todo o serviço, inclusive o especializado como a saúde mental.

2.3 Centros de Atenção Psicossocial

A estratégia principal do processo de reforma psiquiátrica foi a criação e o fortalecimento dos CAPS, criados segundo a lógica de duas experiências vivenciadas no estado de São Paulo: NAPS, do município de Santos, e o CAPS Luiz Cerqueira, do município de São Paulo (TENÓRIO, 2002; BRASIL, 2004). Datada de 1989, a experiência santista se inicia após denúncias de morte, superlotação, abandono e maus-tratos no âmbito da Casa de Saúde Anchieta, que se desdobrou na extinção do manicômio e em um programa de saúde mental organizado em torno dos NAPS recém-criados. Estes eram estruturas abertas, regionalizadas, com cuidados 24 horas por dia, todos os dias da semana, inclusive acolhimento de tipo internação. A experiência paulistana foi vivenciada a partir de 1987, com a criação de um serviço de atendimento diário à pessoa em sofrimento psíquico – à noite, a pessoa voltava para casa (TENÓRIO, 2002; BRASIL, 2004).

Nos anos 1990, o Ministério da Saúde se organiza em torno do financiamento e da tipificação desses serviços. Assim, CAPS e NAPS passam a não se distinguir legalmente e se caracterizam como unidades de saúde com população de referência à qual oferecem atendimento multiprofissional em regime ambulatorial e internação hospitalar. Acolhem pessoas com transtornos mentais, oferecem atendimento médico e

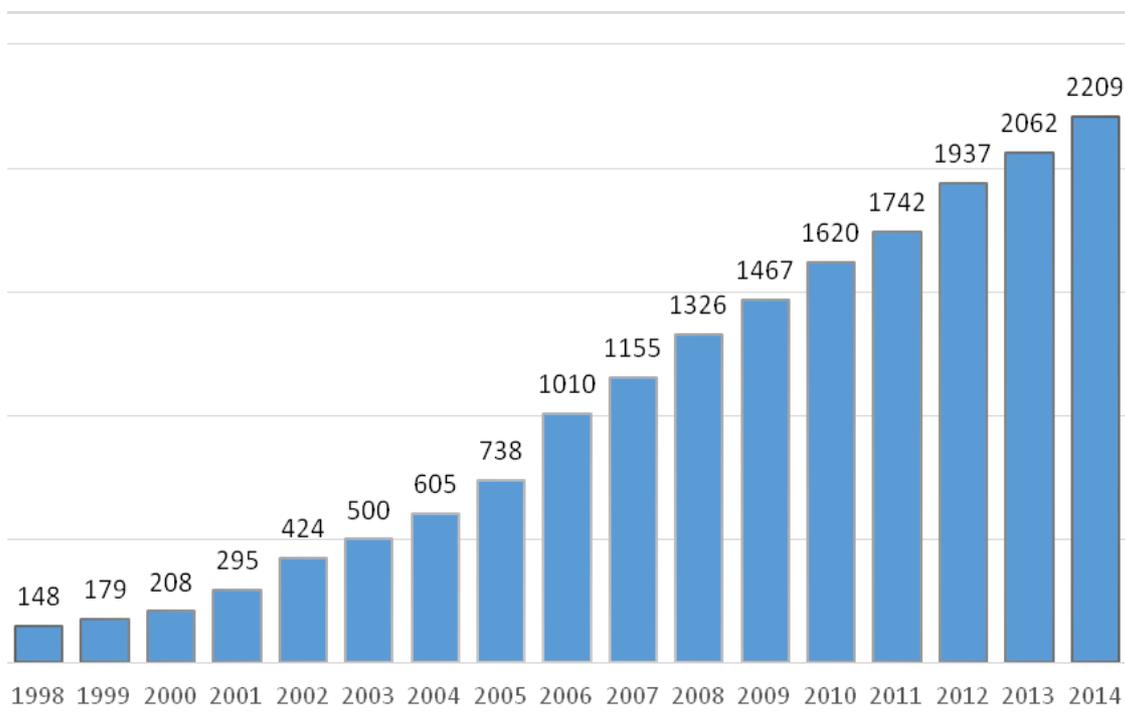
psicológico e estimulam sua autonomia e sua integração social e familiar (TENÓRIO, 2002; BRASIL, 2004).

Os CAPS podem ser percebidos, então, como experiências inovadoras de inclusão e sociabilidade da pessoa em sofrimento mental. Atuam de modo a superar práticas reducionistas e excludentes do louco, da loucura e de suas relações. Para operar essa mudança, buscam inserir o paciente em comunidade; ao mesmo tempo, oferecem um cuidado multiprofissional horizontalizado com compartilhamento de saberes e práticas (PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010). A atenção prestada ocorre de forma diurna, sobretudo; quando necessária, ocorre à noite. Há atividades como psicoterapia individual e grupal, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias e artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicação, além de atendimento domiciliar e aos familiares (BRASIL, 2004).

No ano de 2000, o serviço de saúde mental contava com o funcionamento de 208 CAPS, mas persistia a ausência de normas de organização e fiscalização dos hospitais psiquiátricos, aos quais eram direcionados 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a saúde mental. O desafio foi efetivar a transição de um modelo centrado no hospital psiquiátrico para um modelo comunitário, em especial em financiamento e número de equipamentos. Seguindo esse pressuposto, ao final de 2004, o número de CAPS havia triplicado (GRÁFICO 1) e os recursos destinados aos hospitais psiquiátricos correspondiam a 64% do orçamento (BRASIL, 2005). Dados do ministério mostram um crescimento expressivo: de 148 unidades, em 1998, para 2209 equipamentos em 2014.

Com a evolução e consolidação desse modelo de atenção, foram regulamentados CAPS especializados em infância e adolescência (CAPSi) e em usuários de álcool e drogas (CAPSad). Os CAPSi prestam atendimento à crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente e estabelecem parcerias intersetoriais (saúde, educação e assistência social) visando ao cuidado da população infanto-juvenil. Os CAPSad oferecem atendimento a pessoas cujo problema maior é o uso de entorpecentes, inclusive álcool. O atendimento é diário, individualizado e contínuo (BRASIL, 2004).

Gráfico 1 – Números e épocas da expansão dos centros de atenção psicossocial (Brasil 1998-2014)



Fonte: Brasil (2015).

Os CAPS são organizados em outros três tipos: os CAPS I e II, para adultos com transtornos mentais severos e persistentes, e o CAPS III, serviço de atenção contínua (24 horas por dia, 7 dias por semana, independentemente de feriados) para o atendimento de adultos com transtornos mentais severos e persistentes (BRASIL, 2004). O que difere o CAPS I do II são o número de habitantes em cada cidade e a composição da equipe. Para o I é destinada população de 20 mil até 70 mil habitantes; ao II, de 70 mil a 200 mil; o III, além do fator populacional (cidades com mais de 200 mil residentes), deve funcionar 24 horas, com leitos para hospitalidade noturna e diurna, em fins de semana e feriados.

A composição mínima desses CAPS é definida pelo Ministério da Saúde e está disposta no Quadro 2. Cada tipo funciona com horários determinados e diferenciados. Organizam-se de acordo com os regimes de tratamento ofertados e as necessidades de cada caso (intensivo, semi-intensivo, não intensivo), além de desenvolver atividades terapêuticas diversificadas.

No atendimento intensivo, a pessoa recebe tratamento diariamente, uma vez que se encontra com sofrimento psíquico grave, em situação de crise ou dificuldades

intensas no convívio social e familiar. No cuidado semi-intensivo, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. É um tipo de atenção destinado a pessoas cujo sofrimento e a desestruturação psíquica já apresentaram diminuição e melhora nas possibilidades de relacionamento. Mas o usuário ainda necessita de atenção direta da equipe do serviço para se estruturar e recuperar sua autonomia.

O atendimento não intensivo é destinado a quem já consegue conviver em sociedade, realizar suas atividades diárias. Para essas pessoas em cuidado não intensivo, são ofertados atendimentos por até três dias no mês (BRASIL, 2004). É importante ressaltar que no modelo proposto para o cuidado em saúde mental podem ocorrer internações psiquiátricas, compreendidas como a permanência diurna e noturna em hospital especializado até redução dos sintomas da doença. Mas essa possibilidade se difere do modelo manicomial: é destinada a pacientes em crise, até que seja recuperada a possibilidade de convívio social (BRASIL, 2004).

Quadro 2 – Composição das equipes mínimas por tipo de centros de atendimento psicossocial

<p>CAPS I População atendida: 20.000-70.000</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1 médico psiquiatra ou médico com formação em saúde mental • 1 enfermeiro • 3 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional. • 4 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão
<p>CAPS II População atendida: 70.000-200.000</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1 médico psiquiatra • 1 enfermeiro com formação em saúde mental • 4 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico • 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão
<p>CAPS III População atendida: acima de 200.000</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 2 médicos psiquiatras • 1 enfermeiro com formação em saúde mental • 5 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico • 8 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão
<p>CAPSi População atendida:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental • 1 enfermeiro

acima de 200.000	<ul style="list-style-type: none"> • 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico • 5 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão
<p style="text-align: center;">CAPSad</p> População atendida: acima de 100.000	<ul style="list-style-type: none"> • 1 médico psiquiatra • 1 enfermeiro com formação em saúde mental • 1 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas • 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico • 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão

Fonte: Brasil (2004).

A TABELA 1 apresenta o desenvolvimento em número dos CAPS por tipo.

Tabela 1 – Série histórica do número de centros de atendimento psicossocial habilitados segundo sua tipologia (Brasil, 2006-2014).

ANO	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad I	CAPSad II
2006	437	322	38	75	138	0
2007	526	346	39	84	160	0
2008	618	382	39	101	168	0
2009	686	400	46	112	223	0
2010	761	418	55	128	258	0
2011	822	431	63	149	272	5
2012	907	464	72	174	293	27
2013	978	471	78	187	301	47
2014	1.069	476	85	201	309	69

Fonte: Brasil (2015).

2.4 Atenção em saúde mental no município de Uberlândia

No município de Uberlândia (MG), na década de 1980, havia dois NAPS: um responsável pelo atendimento à população adulta, outro que prestava assistência infanto-juvenil. Com a instituição dos CAPS, os NAPS foram extintos. Deram lugar aos dispositivos de hoje. Existem cinco CAPS municipais, que atendem ao território de abrangência por setor do município: leste, oeste, central-norte, CAPS AD, CAPSi.

O CAPS objeto desta pesquisa foi criado em outubro de 2002 e está inserido em um dos distritos sanitários (leste), sendo referência para 13 equipes de Saúde da Família, uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e duas unidades de Atendimento

Integrado (UAI). O CAPS presta assistência às pessoas com transtorno mental grave, de segunda a sexta-feira, de 7h as 18h.

No Quadro 4 é apresentado um panorama da cidade em estudo, a relação dos CAPS municipais e sua área de abrangência. Foi estabelecido o atendimento por setor para organizar as ações de saúde e fornecer atendimento à população dentro do seu território.

Quadro 3 – Setores de abrangência dos centros de atendimento psicossocial do município de Uberlândia (MG), 2017.

CAPS	Região de referência
Álcool e drogas (municipal)	Setores leste, central e norte
Infanto-juvenil	Todo município
Leste	Setor leste
Oeste	Setores oeste e sul
Norte	Setores central e norte

Fonte: autoria própria, 2018.

A política nacional de saúde mental busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária cuja proposta é garantir a circulação livre de pessoas com problemas mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade. Na rede de saúde, o CAPS, portaria do GM 3.088, de 23/12/2011, disponibiliza atendimentos a pessoas com problemas mentais, incluindo usuários de crack, álcool e outras drogas.

O CAPS funciona como serviço especializado, substitutivo aos hospitais psiquiátricos dentro dessa rede. Recebe usuários vindos dos pontos diversos de atenção. Assim, assume papel estratégico na organização da rede de cuidados em saúde mental ao desenvolver ações de saúde em nível local, a exemplo de projetos terapêuticos e comunitários e do matriciamento de equipes de atenção básica, atuando por meio do assessoramento e retaguarda especializada (BRASIL, 2004).

O serviço de saúde mental em Uberlândia conta com uma rede de apoio para urgência e emergência. Na crise, os pacientes são encaminhados a uma UAI, onde são medicados e/ou desintoxicados ou recebem outro atendimento para estabilização. Ficam em observação; caso não apresentem melhora no quadro de crise, pode haver internação no setor psiquiátrico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC – UFU) ou quando ocorre a melhora é encaminhada para o CAPS de referência se adequar aos critérios estabelecidos por esse serviço. São critérios para estar em CAPS a

neuroses ou psicoses graves, situação de crise aguda – surto – abuso de álcool ou droga com risco iminente para o paciente e outros transtornos mentais graves que necessitem de atendimento imediato.

No CAPS, a equipe multiprofissional é responsável pelo acolhimento do indivíduo em suas fragilidades e necessidades, atendimento individual, pelo acompanhamento dos grupos terapêuticos, pela realização das oficinas terapêuticas, grupo de família, gestão de caso, visitas domiciliares, pelo matriciamento nos pontos diversos de atenção e busca ativa. É compreendido como local de passagem da pessoa durante a crise; depois, é preciso potencializá-la a dar sequência ao tratamento em seu território, com a equipe de atenção primária.

O *acolhimento* é uma atividade que envolve a recepção do usuário. É a primeira escuta da pessoa em sofrimento mental quando se chega ao CAPS. Essa estratégia possibilita reconhecer as necessidades, entender a situação de forma abrangente, ouvindo as queixas e angústias dos usuários (BRASIL, 2004). Acontecem todos os dias, durante todo o período de funcionamento do CAPS. O acolhimento pode ser espontâneo, quando a pessoa vai até o CAPS por conta própria, ou por meio de encaminhamento de algum ponto de atenção da rede como: Programa Saúde da Família (PSF), UAI, UFU, dentre outros. Durante o acolhimento, além do olhar técnico apurado é utilizado um instrumento de Estratificação de Risco em Saúde mental, que auxilia no processo de avaliação para identificar a gravidade do caso e as possíveis condutas a serem seguidas. O acolhimento de pessoas em sofrimento psíquico intenso e grave é de extrema importância, pois é nesse momento que o paciente tem seu primeiro espaço de escuta dentro do CAPS.

Já o *atendimento individual* é oferecido a todo usuário, em um local reservado e particular, podendo ser: a consulta médica, a psicoterapia, o atendimento do serviço social, a consulta de enfermagem, entre outros, podendo ser agendado ou por demanda do usuário.

Os *atendimentos em grupo*, como o próprio nome sugere, são atividades desenvolvidas com grupos de usuário do serviço de saúde mental. É uma estratégia de promoção, prevenção em saúde, redução de sintomas e de ressocialização. Entende-se por grupos: as oficinas terapêuticas, as oficinas expressivas, as oficinas geradoras de renda, as oficinas de alfabetização, as oficinas culturais, os grupos terapêuticos, as atividades esportivas, as atividades de suporte social, os grupos de leitura e debate e os

grupos de confecção de jornal. Esse dispositivo de atendimento é agendado e é realizado perante um planejamento de ações, acontece quatro vezes por semana; não é considerada uma tarefa e sim uma atividade terapêutica; é uma atividade de encontro de vida de pessoas em sofrimento psíquico, em que se busca promover socialização, exposição de conflitos e problemas, desenvolver habilidades, realizar atividades produtivas, bem como o exercício coletivo da cidadania (UBERLÂNDIA, 2002).

O *grupo de família* refere-se às reuniões com familiares de usuários que frequentam o CAPS, que tem como objetivo trabalhar as relações familiares, ouvir a família e orientá-la quanto ao manejo com o usuário que se encontra adoecido. Essa atividade acontece duas vezes por semana, uma no período da manhã e outra no período da tarde.

A *gestão de caso* é desenvolvida quando algum usuário requer uma atenção diferenciada devido a sua complexidade ou falta de suporte familiar e vulnerabilidade social. É uma estratégia desenvolvida pela equipe do CAPS em parceria com outros equipamentos de saúde como: UBSF, Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), UAI, UFU, dentro outros, buscando avaliar, planejar e criar possibilidades de cuidados que possam contribuir para o melhor atendimento ao cidadão. São realizados perante o surgimento de casos que requerem esse dispositivo.

Gestão de caso UAI é o acompanhamento diário via Internet dos usuários que deram entrada no serviço de pronto atendimento dentro do setor de psiquiatria das UAI pela equipe do CAPS e equipe do pronto-socorro (PS) das UAI Tibery e Morumbi, que são unidades de referência desse CAPS. É utilizado o aplicativo *Whatsapp*, onde o grupo alimenta as informações, e é possível saber de todo paciente que por algum motivo ligado a saúde mental deu entrada no OS das UAI. Também são realizadas visitas *in loco* para discussão de casos mais graves que precisam ser transferidos para psiquiatria do HC – UFU, ou a gravidade de locomoção, ou alguma questão clínica importante que não conseguiria ser acompanhado no CAPS.

As *visitas domiciliares* são procedimentos de cuidado terapêutico realizados no domicílio do usuário, por dois profissionais, podendo ser busca ativa quando o usuário não adere ao serviço, ou para tentar fazer vínculo com o CAPS, ou para conhecer a realidade familiar e domiciliar para algum tipo de abordagem ou orientação. Também são realizadas visitas compartilhadas com outras unidades PSF e CRAS, UAI, dentre outras, para uma melhor atenção e condução do cuidado do usuário. O carro oficial de

visita é disponibilizado um período, a cada quinze dias; porém, devido à gravidade de alguns casos, é utilizada uma ambulância para realização de algumas dessas visitas.

Entende-se por *matriciamento* o cuidado colaborativo entre a saúde mental e atenção primária (CAMPOS, 1999). É um novo modelo de produzir saúde em duas ou mais equipes, por meio de discussão em conjunto de casos de usuários de saúde mental no território para traçar uma conduta de cuidado a essa pessoa.

Para toda pessoa inserida em tratamento no CAPS é montado um *Projeto terapêutico Singular* que é um instrumento de trabalho interdisciplinar dos CAPS que possibilita a participação, reinserção e construção de autonomia para o usuário e família em sofrimento psíquico. Para efetivação do tratamento, é primordial que o usuário e a família participem do processo. Este instrumento considera a historicidade e as necessidades individuais do paciente que se encontra inserido em contexto sócio-político e cultural. A elaboração desse tipo de projeto acontece por meio da atuação singular do profissional-referência do usuário e família, e desse profissional com toda a equipe, por meio de discussões e estudo do caso (BRASIL, 2004).

A *busca ativa* é um procedimento realizado pelo Terapeuta de Referência ou outro membro da equipe, em função do usuário apresentar faltas consecutivas no tratamento sem justificativas.

Com efeito, os CAPS recebem demandas de vários pontos de atenção da rede: egressos da psiquiatria da UFU, de prontos-socorros e ambulatórios das UAI e do programa Saúde da Família, Centro Especializado de Assistência Social (CREAS), CRAS, SOS mulher e outras instituições; ou recebem demanda espontânea diretamente. Todos os usuários que ingressam no serviço passam pelo acolhimento, que é um instrumento de trabalho do setor de saúde mental que auxilia o profissional a diagnosticar a condição que a pessoa se encontra no momento do acolhimento, podendo ser inserido no CAPS ou encaminhado para dar continuidade na atenção primária.

Contudo, o fluxo correto deveria iniciar-se na atenção primária, onde seriam realizadas medidas de promoção da saúde e prevenção de agravos. Com a piora de sua condição, o que poderia iniciar uma crise, a atenção primária deveria, por meio do matriciamento dos CAPS, adequar o cuidado prestado ao paciente.

2.5 O desafio da mudança de paradigma

Observa-se, assim, que um dos desafios para modificar o modelo de assistência à saúde começava a ser superado: a estruturação de uma rede de cuidado em saúde mental. Tal rede foi se configurando com o fortalecimento e a ampliação numérica dos CAPS e a descentralização da atenção em saúde por meio das equipes do programa Saúde da Família, que, com apoio dos CAPS, realizam o acompanhamento do paciente no território. Importantes desafios ainda precisam ser superados, em especial nas práticas profissionais de cuidado, que tende a manter a lógica biomédica. Exemplo disso pode ser a avaliação de 189 hospitais psiquiátricos no começo desta década. Dez anos depois de sancionada a lei da reforma psiquiátrica, o Ministério da Saúde mostrou que quase 37% dos pacientes ainda têm regime de internação superior a um ano, condição maior que o período esperado para internação. Além disso, quase metade dos hospitais psiquiátricos avaliados se encontrava em grande situação de inadequação para cuidar de saúde mental (BRASIL, 2011). Portanto, não faz pouco tempo, o cenário ainda era preocupante.

De fato, são alarmantes os resultados apresentados por Castro (2009), que, ao comparar práticas assistenciais desenvolvidas pelos CAPS e pelos manicômios, percebeu uma relação estreita das práticas e representações sociais com os profissionais das duas instituições. Segundo ele, embora tenha havido avanços na desinstitucionalização com a reforma psiquiátrica, o modelo biológico de compreensão de aspectos psiquiátricos prevalece em meio a trabalhadores da saúde. Noutros termos, embora no Brasil a reforma psiquiátrica, ainda em transição, tenha trazido avanços, existem manicômios e ações manicomialis na sociedade e em meio aos trabalhadores da saúde que não entendem ou tem dificuldade de lidar com a crise mais aguda. Tal prevalência reforça a necessidade de capacitações e atualizações, pois trabalhadores recém-ingressados nos CAPS nem sempre tem conhecimento do processo da reforma psiquiátrica e sua evolução.

A discussão sobre a assistência à pessoa em sofrimento psíquico do fim do século XX apostava que o aperfeiçoamento técnico e gerencial, aliados ao uso competente da ciência médica, resolveria o problema da má assistência em saúde no setor psiquiátrico. Mas as mudanças gerenciais ocorridas nas instituições não alteraram o modelo de assistência; exceto as experiências exitosas em Santos e São Paulo, convém frisar. Essas experiências delinearam a atenção em saúde mental mediante uma rede que se sustenta fortemente pelos CAPS. Nesses centros de atenção, o processo de

trabalho deve incorporar atividades como: atender diariamente a pessoa, gerenciar projetos terapêuticos personalizados, promover inserção social de usuários por meio de ações intersetoriais, apoiar e supervisionar o cuidado com a saúde mental dado pela atenção básica, regular a rede de assistência em saúde mental, supervisionar unidades hospitalares psiquiátricas e conhecer as pessoas de sua região que usam medicamentos para a saúde mental (BRASIL, 2004).

Mesmo após anos de publicação da lei da reforma psiquiátrica, é comum familiares de pessoas em sofrimento mental chegarem aos CAPS à procura de internação de longa permanência ou definitiva, pois na percepção do acompanhante o usuário “está dando muito trabalho em casa”. Nesses casos, é atribuído aos trabalhadores o perfil educador, possibilitando às pessoas o reconhecimento do novo modelo de atenção, além do suporte no cuidado da pessoa em sofrimento mental e seus familiares. Por outro lado, também há dificuldade das equipes em dar alta a usuários crônicos com vínculos sociais frágeis, daí que são mantidos por períodos longos nos CAPS.

O desenvolvimento do novo modelo de atenção em saúde mental tem consolidado seus processos de trabalho; mas são diversas as exigências sobre o profissional de saúde: ele é tensionado a transformar suas práticas de cuidado quando se depara com famílias que não compreendem o cuidado em saúde mental na comunidade, ou seja, não garantem o suporte familiar necessário. Percebe-se que a família, primordial ao sucesso do tratamento, não se envolve com os cuidados do paciente, e isso dificulta o tratamento.

Por meio de uma pesquisa qualitativa, Martinhago e Oliveira (2012) analisaram a percepção dos profissionais de saúde sobre as práticas de cuidado desenvolvidas nos CAPS II de Santa Catarina. Observaram que a atividade principal identificada pelos profissionais é o atendimento à crise, ainda no modelo clássico psiquiátrico. Ainda assim, os autores perceberam avanços no modelo de atenção, tais como incorporação do “projeto terapêutico singular” e do “profissional de referência” para o cuidado do paciente, o desenvolvimento de grupos e oficinas, nos formatos aberto quanto fechado, e a articulação para o cuidado intersetorial e em rede.

Ao ingressarem nos CAPS, os profissionais traçam o “projeto terapêutico singular”, ferramenta que unifica a atenção a ser prestada pela equipe. Ela sistematiza e une esforços em prol do paciente. Esse processo de trabalho opõe-se à lógica

fragmentada da atenção, interligando e organizando as ações dos profissionais da equipe multiprofissional. Em geral, o trabalhador da saúde que acolhe o paciente nos CAPS se torna referência para ele; ou seja, torna-se um “profissional de referência”, responsável por: monitorar o “projeto terapêutico singular” do paciente, definir atividades de que o paciente vai participar e a frequência, manter contato com a família e avaliar periodicamente metas traçadas no projeto terapêutico (BRASIL, 2004).

Além da atenção individualizada, podem ser realizadas atividades em grupo como oficinas – terapêuticas, expressivas, geradoras de renda, de alfabetização, culturais – grupos terapêuticos, de leitura e debate, de confecção de jornal, atividades esportivas e de suporte social. Outra atividade diferencial é o atendimento para a família, por meio de atividades nos CAPS ou visitas domiciliares, atividades de ensino e de lazer. Também ocorrem atividades em conjunto com associações de bairro e outras instituições na comunidade para articulação intersetorial (BRASIL, 2004).

Desenvolver a atenção em saúde mental exige que os profissionais atuem em equipe de forma multiprofissional e interprofissional para compartilhar e integrar saberes e práticas em prol da produção do cuidado em saúde mental. Não por acaso, desafios, contradições e potencialidades permeiam esse processo de trabalho integrado (PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010). Por exemplo, a exigência de cuidado em equipe não impede uma formação profissional sadia, pois ainda é segmentada e ultraspecializada, o que dificulta a integração dos saberes.

Nesse contexto de trabalho, busca-se compreender a organização do trabalho desenvolvida no contexto da reforma psiquiátrica no ambiente de CAPS do município de Uberlândia (MG).

2.6 Processo de trabalho em saúde mental

Como equipamentos de referência e tratamento para pessoas com transtornos mentais no território de abrangência, os CAPS realizam acompanhamento clínico, reinserção social pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Ao atuar em territórios definidos, a equipe de saúde dos CAPS se responsabiliza pelo atendimento de um número limitado de pacientes e de suas famílias (BRASIL, 2004; ANJOS FILHO; SOUZA, 2017).

Com efeito, Campos e Soares (2003) apontam que uma das estratégias para viabilizar o cuidado em equipe é a elaboração dos projetos terapêuticos. Esse

instrumento de trabalho tem a capacidade de ampliar o modo de intervenção profissional, apoiando o paciente na compreensão e administração da crise e do cotidiano. Além disso, Filizola, Milioni e Pavarini (2008) relatam que em São Carlos (SP) as ações são desenvolvidas por equipes multiprofissionais que buscam atenção integral, produção de vida, qualidade de vida e cidadania. Com base nessa compreensão, são ofertados atendimentos individuais e grupais, oficina terapêutica, convivência e visitas domiciliares.

Embora o trabalho nos CAPS seja norteado por processos de trabalho complexos, Campos e Soares (2003) alertam que práticas clínicas simplificadas ainda estão presentes em todos os serviços avaliados, configurando uma predominância do atendimento clínico individual e satisfação da demanda espontânea. Ramminger e Brito (2011) problematizam o processo de trabalho nos CAPS e ressaltam que não apenas de processos de cuidado se constitui o trabalho nesses centros de atenção: ainda são permeados por entraves burocráticos, administrativos e jurídicos, além de um somatório de demandas diversas dos usuários, outros trabalhadores, gestores locais, municipais e estaduais.

O processo de trabalho em saúde mental deve superar o atendimento às demandas do paciente ou o gerenciamento de questões administrativas. Exige cuidado integral, planejamento de ações, invenção e reinvenção de formas de cuidado. No âmbito do SUS, a atenção integral abrange a promoção, a proteção e a reabilitação dos sujeitos em sofrimento psíquico (NUNES *et al.*, 2014).

Como tentativa de explicar esse paradoxo entre movimentos de mudança e manutenção de modelo de atenção em saúde mental, Rodrigues e Figueiredo (2003) analisaram as concepções dos profissionais de saúde mental utilizadas para a produção do cuidado. Perceberam, por vezes, a manutenção de uma visão reducionista do sofrimento psíquico, pois o vincula a alterações biológicas, com perda da autonomia, vontade e singularidade. Ao manterem uma visão reducionista, os profissionais mantêm suas práticas de cuidado sem refletir sobre elas ou questioná-las.

Talvez por isso Bernardes e Guareshi (2004) alertem que a visão humanizada do cuidado e a reabilitação psicossocial elencada pela reforma psiquiátrica devem promover, no profissional de saúde, uma subjetivação como trabalhador da saúde mental. Para que esse processo ocorra, as autoras pressupõem como necessário aos profissionais de saúde o aprender a cuidar de si para, depois, cuidar do outro. Construir

o trabalhador de saúde mental requer formar uma rede discursiva para que cada profissional possa ser visto e falado, para que possa ver a si e falar de si e para que, com base nessa compreensão, sejam discutidas e construídas tecnologias de cuidado humanizadas e reabilitadoras da saúde mental.

Azevedo *et al.* (2014) apontam que ainda é necessário investir na estrutura física e nos recursos financeiros destinados à saúde mental, pois influenciam em processos de trabalho desenvolvidos nos CAPS. Outro achado importante dos autores é que os profissionais de saúde sentem dificuldade em se adaptarem ao novo modelo assistencial proposto pela reforma psiquiátrica, além de não estarem satisfeitos com o trabalho nos CAPS.

A revisão sistemática produzida por Gonzaga (2015) evidenciou que, embora os CAPS ocupem papel central da mudança do modelo de atenção em saúde mental, neles ainda existem práticas e concepções de um modelo asilar. Outra pontuação dos autores é a coexistência de dois modelos que se confrontam constantemente. *E em que tais aspectos podem influenciar no processo de trabalho em saúde mental no CAPS?*

Como se pode deduzir do que foi dito, a reforma psiquiátrica é um processo em curso; e sua implantação completa depende da superação de desafios estruturais, financeiros e gerenciais. Os recursos humanos parecem compor a aposta para a consolidação do modelo de atenção em saúde mental proposto; e isso pode promover sofrimento em razão das exigências relativas a esse profissional. Se assim o for, *tais exigências podem constituir fonte de sofrimento para os trabalhadores do CAPS?*

De acordo com Dejours (1992), o modelo de saúde mental proposto se configura como trabalho prescrito. Tal modelo se depara com conceitos e crenças histórica e culturalmente imbuídos no profissional de saúde mental, assim como a realidade da instituição que limita o trabalho prescrito. Assim, cabe indagar: *o trabalho real desenvolvido no CAPS mantém-se no modelo biomédico?*

É importante destacar nossa percepção de que os trabalhadores de saúde dos CAPS podem estar em sofrimento ante as exigências do novo modelo a eles atribuído. Tal modelo promove processos adaptativos no ambiente de trabalho, o que implicaria problemas no desenvolvimento do processo de trabalho em saúde mental.

CAPÍTULO 3 – ASPECTOS DA ORGANIZAÇÃO E DO PROCESSO DE TRABALHO NO CAPS

3.1 Aportes teórico-metodológicos

De natureza qualitativa, esta pesquisa caracteriza-se enquanto exploratória e aloca-se no campo Saúde do Trabalhador. Resulta de um processo continuado de construção alicerçado pela permanente interlocução entre as fases bibliográfica e de campo. Cumpre explicitar que o material selecionado para o estudo foi submetido à análise de conteúdo temática de Bardin (1974; 2011), adaptada por Minayo (2009) e sustentada pela teoria de Dejours, em especial a categoria de sofrimento psíquico. A construção desta pesquisa deu-se a partir de quatro etapas de trabalho, aqui segmentadas por critérios didáticos: 1) atualização do material bibliográfico (descrito na introdução desta pesquisa); 2) observação-participante 3) questionários 4) entrevistas semiestruturadas.

3.2 Pesquisa de campo

O projeto de pesquisa foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (CEP/UFU) para avaliação dos aspectos éticos das pesquisas com seres humanos estabelecidos pela Resolução nº. 466/2012/CNS, tendo sido aprovado com parecer consubstanciado, cuja cópia segue anexa (ANEXO 1). Todas as atividades previstas *in loco* da pesquisa ocorreram após a aprovação do CEP e mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de cada trabalhador selecionado para compor a amostra desta pesquisa (APÊNDICE 3).

3.3 Locus da pesquisa

A pesquisa foi realizada com trabalhadores de um CAPS de Uberlândia, criado em outubro de 2002, atuando como referência para 13 equipes de Saúde da Família, uma UBS e duas UAI. Este CAPS é considerado Tipo II, que presta assistência às pessoas com transtorno mental grave, de segunda a sexta-feira, das 7 horas às 18 horas.

O CAPS em estudo conta hoje com 22 funcionários sendo 2 homens e 20 mulheres, reforçando a tendência apontada por Antunes (2004) de um aumento significativo do trabalho feminino. A equipe estudada é multiprofissional, sendo composta por: dez psicólogos, dois médicos, dois assistentes sociais, uma enfermeira (responsável técnica), quatro técnicos de enfermagem, uma farmacêutica, um auxiliar de serviços gerais e um coordenador.

Os trabalhadores que integram a equipe multiprofissional têm diferentes vínculos empregatícios: seis são estatutários (servidor público) e os outros dezesseis são celetistas (contrato via Fundação Maçônica ou Fundação de Saúde do Município de Uberlândia). Assim como, cumprem carga horária diária diversificada: 4 horas, 4 horas e 48 minutos, 06 horas ou 8 horas. Desse modo, existem trabalhadores com vínculo de 100 horas mensais que fazem 4 horas por dia; de 120 horas mensais que fazem 4 horas e 48 minutos por dia; de 150 horas mensais que fazem 6 horas por dia; de 180 horas mensais que fazem 6 horas em quatro dias da semana e um dia de dez horas para completar as horas faltantes dos outros dias; e profissionais de 200 horas semanais que fazem 8 horas todos os dias, sendo o trabalhador que fica por mais tempo no CAPS.

3.4 Caracterização da amostra

De caráter aleatório, a amostra desta pesquisa foi composta por seis trabalhadores do CAPS considerados os seguintes critérios de inclusão: a) ser trabalhador do CAPS selecionado independente do tempo de formação profissional, sexo, deficiência física e outras questões raciais e/ou culturais; b) ser de um dos três tipos de contratos de trabalho existentes na instituição, asseguradas as participações de trabalhadores dos três tipos de contratos e de todas as cargas horárias. Como critérios de exclusão destacam-se: a) ainda que trabalhador de CAPS, não trabalhar na instituição selecionada; b) não consentir participar da pesquisa; c) desistir de participar da pesquisa a todo e qualquer tempo e/ou em qualquer etapa da pesquisa. Os critérios de inclusão e exclusão foram confirmados com cada trabalhador no momento do convite para participação na pesquisa.

Todos os profissionais entrevistados são do sexo feminino, com idade entre 26 e 64 anos. Três delas são solteiras e três casadas ou em união estável. Duas das trabalhadoras entrevistadas têm tempo de trabalho no CAPS entre 01 e 02 anos, outra de

2 a 4 anos e três delas trabalham há mais de 10 anos no CAPS. Quanto à carga horária, uma trabalhadora entrevistada desenvolve suas atividades no CAPS com carga horária de 4 horas, uma de 4h48minutos, três pessoas trabalham por 6 horas e uma de 8 horas diárias. Duas das entrevistadas também trabalham em outras instituições e quatro delas, exclusivamente no CAPS, isto é, não possuem outro vínculo empregatício no momento. O Quadro 4 a seguir sistematiza a caracterização dos entrevistados:

Quadro 4 – Caracterização da amostra por pseudônimo, tipo de vínculo e carga horária trabalhada

Entrevista	Pseudônimo	Tipo de vínculo	Carga horária (semanal/mensal)
01	Amarílis	FUNDASUS	8h/220h
02	Bromélia	FUNDASUS	4h48min/120h
03	Cattleya	PMU	6h/150h
04	Dália	PMU	6h/150h
05	Estrelícia	PMU	6h/150h
06	Hortência	FUNDASUS	4h/100h

3.5 O processo de construção dos dados

Os dados desta pesquisa resultam da realização de observações-participantes, questionários e entrevistas.

As observações-participantes, relativa à segunda etapa da pesquisa, foram realizadas no ambiente de trabalho ao longo de um mês, por meio do Diário de Campo, com o intuito de fazer uma aproximação com o processo produtivo destes trabalhadores. Neste Diário foram pontuadas questões referentes ao ambiente e as condições de trabalho do CAPS e o processo de trabalho dos trabalhadores que atuam neste serviço. Foi utilizada a observação descritiva, aquela que, segundo Minayo (2009; 2014) ocorre de forma livre, porém sempre focada nos objetivos da pesquisa.

Na terceira etapa, foram aplicados os questionários para caracterização da mão de obra e, na quarta etapa, foram realizadas as entrevistas individuais semiestruturadas, no período de 1º de agosto a 30 de agosto de 2017, ocorrendo em local reservado para garantir a privacidade das informações e do entrevistado, assim como o sigilo da

pesquisa. Essas entrevistas foram gravadas em áudio digital e, em seguida, transcritas. Foram escolhidos para os entrevistados nomes fictícios de flores a fim de não identificar a amostra, conforme o Quadro 4.

O encerramento das entrevistas deu-se a partir do critério de saturação das informações, isto é, quando as verbalizações dos participantes se tornaram repetidas e não acrescentavam novidades no conteúdo. Fontanella *et al.* (2011) compreendem que a saturação das informações é uma ferramenta usada para estabelecer o tamanho da uma amostra em estudo pelo não surgimento de novos conceitos, compreendendo-se assim que o discurso de alguns indivíduos esteja representando o discurso coletivo.

3.6 Análise dos dados

O material obtido foi submetido à análise temática, operacionalizada em três etapas: 1) pré-análise; 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados. Na pré-análise foi realizada uma leitura atenta e detalhada das entrevistas, o que permitiu levantar a seguinte hipótese inicial e necessária à análise do material conduzida pelos conceitos teóricos: *as condições e o ambiente de trabalho no CAPS, em especial, a edificação adaptada e improvisada, dificultam consideravelmente a operacionalização das tarefas, o que afeta de forma desfavorável a organização do processo de trabalho, gerando insatisfação e sofrimento nos trabalhadores.* Com isso, foi possível determinar os seguintes eixos analíticos: 1) ambiente e condições de trabalho no CAPS; 2) organização do processo de trabalho no CAPS; 3) relacionamento interpessoal no trabalho e 4) vivências de sofrimento e prazer e no trabalho.

Já na segunda etapa, foi realizada uma exploração do material obtido na pré-análise, em que foram selecionados trechos, segundo os eixos analíticos determinados, de modo que foi realizada uma leitura dialogada com o material teórico trabalhado, procurando nomear núcleos de sentido a serem analisados com relação à hipótese.

Por fim, a terceira etapa de análise, no tratamento dos resultados, os temas redigidos foram remetidos aos objetivos da pesquisa por meio de análise interpretativa e relacionada à categoria teórica de sofrimento psíquico de Dejours (2010). Os resultados foram colocados em interlocução com autores do campo saúde do trabalhador e da saúde mental relacionada ao trabalho, assim como da sociologia que tratam da temática

das relações entre trabalho, subjetividade e saúde, em especial, o sofrimento do trabalhador.

3.6.1 Ambiente e condições de trabalho no CAPS

Ao abordar o ambiente e as condições de trabalho dos serviços de saúde mental, especificamente de um CAPS, observa-se que nesse cenário atuam diversos atores, entre eles, trabalhadores, gestores, usuários e familiares.

O CAPS em estudo está localizado próximo ao centro da cidade, o que facilita o acesso dos usuários. Entretanto, a edificação não foi construída com a finalidade específica para abrigar uma unidade de saúde, pois é uma casa residencial adaptada para este fim. São aproximadamente 500 m² de área construída em um terreno de 560 m² (14 m x 40 m). Há três entradas: 1) portão central na frente da casa-CAPS, de grade de aço vazada, de aproximadamente 80 cm, utilizado para entrada dos usuários e funcionários, a partir de um caminho cimentado de 9,0 m que termina em uma porta de vidro que dá acesso ao interior da casa; 2) em contiguidade ao portão central, à direita há o portão da garagem de correr manual de folha de aço fechado de 7 m, recuado 3 m em relação à calçada e que permanece sempre fechado e 3) a esquerda do espaço recuado da garagem há um portão menor medindo 1,20 m também de grade vazada na lateral com rampa de acessibilidade que é menos utilizado. Há dois corredores laterais: o direito une a garagem à edícula e o esquerdo serve para ventilação e iluminação natural da casa-CAPS, tendo em vista que das salas da casa e dos quartos abrem portas venezianas de alumínio e vidro.

A porta de vidro descrita anteriormente é a entrada principal da casa-CAPS, com um *hall* de, aproximadamente, 5 m que dá acesso para o escritório de 16 m², (utilizado como sala da coordenação), a sala de visita de 20 m², (adaptada como sala de espera), uma porta de passagem para a garagem de 63 m² (transformada em sala multiuso), a sala de jantar de 25 m², (utilizada como recepção) e um lavabo utilizado como banheiro feminino para as usuárias. Do *hall* sai um corredor de aproximadamente 8m que leva aos quatro quartos da casa de aproximadamente 8 m² cada (transformados nos consultórios, I, II, III e na sala de reunião de 25 m², utilizada para reuniões e para atendimento quando necessário), uma sauna de 4 m² utilizada como depósito. O consultório I e a sala de reunião são suítes: os banheiros foram adaptados para

masculino e feminino, utilizados pelos trabalhadores; e os *closets* adaptados como armários para guarda de materiais. Há também uma edícula de 8 m², que é utilizada para sala de enfermagem, um banheiro e uma varanda de 45 m² utilizada para a realização das oficinas terapêuticas.

Todos os consultórios são destinados aos atendimentos, grupos terapêuticos e acolhimentos realizados pelos profissionais que estiverem escalados para tais atividades. De modo geral, nas salas e nos consultórios há mesas de escritório retangular, de 1,20 m x 0,70 m, com três gavetas e um computador, três cadeiras de metal com encosto e assento de plástico, o que configura *riscos biomecânicos pela adoção de posturas inadequadas e movimentos repetitivos, podendo ocasionar dores, problemas de coluna e lesões físicas*. Há armários de aço e arquivos de pasta suspensa, a exceção da sala de espera em que há apenas cadeiras para os usuários e uma estante de livros.

A sala da coordenação, a sala de espera, a recepção e o consultório III não têm janelas, apenas porta veneziana de correr, que dão para um corredor de acesso na lateral esquerda do terreno.

Na observação percebeu-se que o consultório II, não se interliga com outras salas, sendo assim é um espaço sem saída para outros ambientes, ou seja, a entrada e a saída são realizadas por uma única porta, *o que configura risco de acidentes por agressão física em situações de atendimento de usuários com agitação psicomotora*.

Na sala de reunião em que ocorrem as reuniões de equipe, reunião de família e grupos terapêuticos, dentre outros, também foi detectado nas observações, que *as tomadas estão sem a capa de proteção, o que configura risco de acidente por choque elétrico, incêndio e explosão*. Esta sala acomoda em torno de quinze cadeiras em círculo. Em dias de reunião é preciso trazer cadeiras de outras salas de atendimentos. Portanto, este espaço é inadequado, pequeno, para a realização das atividades prescritas; ainda assim, a sala é utilizada para reuniões com mais pessoas, por ser um local mais reservado, inclusive para discussão de casos de usuários do serviço. Na sala há ainda um *closet* com porta de madeira, com chave e com prateleiras e araras no seu interior que servem para guardar jalecos, instrumentos musicais, aparelho de som, caixas, fichas de evolução clínica, extintores de incêndio, dentre outros. Da sala de reunião sai um acesso para a sauna, onde são guardados diversos materiais recicláveis que podem ser

utilizados em oficinas, além de utensílios de limpeza, e mobiliários quando não estão sendo usados nesse momento (funciona com um depósito).

A garagem foi transformada em sala multiuso para oficinas de vídeo, algumas oficinas terapêuticas, capacitação, reuniões e descanso dos usuários. É coberta, tem um portão que dá acesso para a rua e que permanece fechado, por questão de segurança, uma porta de madeira que leva ao *hall* e paredes sem janelas. *A ventilação natural é insuficiente e há pouca ventilação artificial, tendo em vista que não há ventilador e tampouco ar condicionado, dessa forma é muito quente e abafado, principalmente em dias de calor, o que configura risco físico, podendo gerar irritação, cansaço, variações da pressão, variações da pulsação, vasodilatação e desmaio.* Iluminação natural é *insuficiente, assim como a iluminação artificial, tendo em vista que das quatro lâmpadas espirais fluorescentes duas permanecem constantemente queimadas, o que configura risco físico, podendo gerar fadiga, problemas visuais e aumentar os riscos de acidentes.* Soma-se a isso que não há proteção contra quedas, *o que denota risco de acidente por queda das lâmpadas.* Note-se o relato abaixo:

“(...) E a gente tem outro espaço que é na frente da garagem que é muito escuro né! Se for fazer oficina lá fica difícil também porque é muito escuro” (...) (Amarílis).

A partir da sala de jantar (recepção) há uma porta de vidro que dá acesso à cozinha, onde há uma dispensa para guarda de materiais diversos, como: copos descartáveis, papel higiênico, saneantes, dentre outros, *o que denota risco de acidente por intoxicações exógenas por uso inadvertido de produtos químicos.* A cozinha, com aproximadamente 8 m², possui uma pia, fogão, geladeira, micro-ondas, armários embutidos e uma bancada com duas cadeiras para lanches e refeições esporádicas dos trabalhadores. Neste espaço são preparados os lanches da manhã e da tarde para os usuários, assim como são distribuídos os almoços (marmitex fornecidos por uma empresa terceirizada), aos pacientes que estão em projeto terapêutico integral.

A cozinha dá acesso para uma área de serviço com: lavanderia (8 m²), quarto de empregada por volta de 8 m² (transformado em farmácia) e banheiro de 3 m², aproximadamente, (utilizado como banheiro feminino para usuários que (não dispõe de lixeira com pedal, e sim uma lixeira simples sem tampa e sem pedal e tem papel toalha para enxugar as mãos e também sabão líquido). Saindo da área de serviço há um corredor externo lateral (a direita à casa) e sem cobertura, que leva à edícula com

medida de 9 m², tem um quarto (adaptado como sala de enfermagem) um banheiro (utilizado por usuários do sexo masculino) e uma varanda, onde são realizadas as oficinas. Esse espaço que é o mais utilizado para as oficinas é aberto na parte da frente, ficando exposto ao sol nas primeiras horas da manhã, e exposição também à chuva, portanto, ao calor e frio de acordo com o clima, o que denota *risco físico, podendo gerar irritabilidade, fraqueza, dores de cabeça, tonturas, náuseas, depressão, ansiedade e incapacidade para concentrar, desidratação, por exposição, mesmo que em parte do dia, ao sol e ao calor; e, por exposição ao frio, sensação aguda de pontada,, adormecimento e hipotermia,, pela exposição ao vento e à umidade e, soma-se a isso que as condições de saúde do trabalhador podem piorar os efeitos do frio, como alergias, problemas vasculares, fumo, bebidas alcoólicas e utilização de certos medicamentos.*

Neste ambiente tem uma mesa de 1,70 m x 0,90 m e outra de 2,60 m x 1,0 m e 20 cadeiras em forma de círculo em volta dessas mesas. As cadeiras são padronizadas na maior parte do CAPS. Uma parte delas tem o assento solto e o encosto não atende os padrões de ergonomia, *o que configura risco de acidente e risco biomecânico.*

Durante a observação-participante foi detectado que a casa necessita de reforma, reparos e pintura, como mostra o relato a seguir:

“Esse CAPS aqui está com uma estrutura melhor (...), mas precisa de algumas reformas, por exemplo, a área externa, também precisa ser coberta porque é sol e chuva se for passar para fazer oficina molha e precisa de uns reparos” (Dália).

Há quatro bebedouros disponíveis no CAPS. Um localizado próximo à entrada principal da casa, o segundo na garagem, o terceiro ao lado da farmácia e o quarto na área de oficina, porém dois deles não funcionam (garagem e oficina), o que traz menos condições de conforto tanto aos usuários como aos trabalhadores.

Na sala da coordenação, sala de espera, recepção, consultório II e III a ventilação se dá de forma natural e artificial através de portas venezianas e iluminação artificial por meio de lâmpada fluorescente espiral sem proteção contra quedas, *o que denota risco de acidentes.*

No consultório I, sala da farmácia, cozinha e sala de enfermagem há janelas que permitem luminosidade natural e artificial. Só existe proteção contra quedas de lâmpadas na sala de coordenação, cozinha e sala de enfermagem, os demais espaços

(sala de espera, recepção, sala da farmácia, consultórios I, II, III, sala de reunião) não tem contenção contra quedas, *o que configura risco de acidente.*

É importante salientar que o espaço destinado para os atendimentos na casa-CAPS (quatro consultórios) é insuficiente. Como vários atendimentos são simultâneos, por vezes há necessidade de negociar a sua utilização; mas, há dias em que não há consultório disponível e o trabalhador de saúde mental utiliza espaços alternativos, como: sala da coordenação, sala de reunião, posto de enfermagem e até mesmo a farmácia, tendo, portanto, que improvisar um espaço de escuta para o atendimento, como mostram os relatos abaixo:

*“(...) tem muitos profissionais [para atender]. Às vezes a gente **tem que tomar um cuidado para não deixar o outro sem atender e deixar espaço para que o outro também possa atender naquela sala porque a gente tem que dividir sala, espaço aqui dentro, né (...)**” (Hortênsia).*

*“**Eu considero o espaço primordial para o atendimento e às vezes a gente tem que disputar salas a gente não tem uma sala assim... tem várias pessoas e poucas salas... o espaço terapêutico para o atendimento da família (...) eu acho que a gente tem uma angústia de pensar que esse paciente precisa ser atendido às vezes naquele momento e a gente não tem acesso a uma sala adequada**” (Estrelícia).*

Note-se pelas falas acima que o espaço físico inadequado afeta a saúde dos trabalhadores de CAPS, *gerando angústia, o que denota fator de desgaste mental.* Nesse sentido, Guimarães, Jorge e Assis (2011) afirmam que a preocupação com a estrutura física não está relacionada apenas ao conforto pessoal do trabalhador, mas também se relaciona com o desejo de poder atender melhor os usuários, conforme as atividades que foram programadas.

As oficinas terapêuticas, às vezes também são comprometidas por aspectos relacionados ao ambiente e condições de trabalho. Na maioria das vezes elas acontecem na varanda localizada ao fundo do terreno, exigindo que o usuário passe pela garagem e por um corredor descoberto, *o que configura risco físico por exposição a intempéries (calor, sol, chuva e frio) tanto para os trabalhadores quanto para os pacientes,* podendo gerar agravos a saúde, como ilustram as falas a seguir:

*“(...) o lugar onde a gente faz oficina é um lugar aberto, se tiver **alguma chuva ou quando está com muito sol atrapalham né! então assim, não tem uma adaptação, a gente usa o que a casa oferece, é uma casa alugada, a gente usa os espaços que tem. Poderia ser***

melhor, poderia ter mais é... estrutura né, assim de da qualidade de trabalho que a gente faz, para ter uma qualidade melhor” (...) (Hortênsia)

*“Não é um espaço totalmente ruim, mas falta muita coisa, por exemplo, a gente tem uma mesa né! **onde a gente senta com os pacientes que bate muito sol né!**”* (Amarílis)

As falhas na estrutura física apontadas dificultam, especialmente, o desenvolvimento da oficina no contexto das novas práticas de cuidado em saúde mental, pautadas na atenção multiprofissional, horizontalizada, com compartilhamento de saberes e práticas e por meio de atividades psicoterápicas grupais (PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010; BRASIL, 2004). A seguinte fala ilustra esta questão:

“A nossa estrutura física deixa muito a desejar porque a gente quer fazer uma oficina diferente porque o espaço não nos permite fazer grandes coisas né!” (Bromélia)

É preciso estar atento para a possibilidade de distonia entre o crescente número dos CAPS apontado por Brasil (2015) e a estrutura física que tem sido disponibilizada para as práticas de saúde mental que se contrapõe aos modelos reducionistas e excludentes observados nos séculos anteriores (TENÓRIO, 2002; PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010). Nesse sentido, observamos uma contradição: se por um lado, o CAPS em estudo é um dispositivo de saúde mental substituto aos hospitais psiquiátricos, por outro lado, há quinze anos ele funciona em um imóvel alugado e provisório, o que nos leva a pensar que o CAPS ainda não foi adotado definitivamente, o que corrobora os achados de Rézio e Oliveira (2010).

As deficiências das instalações como a falta de um espaço adequado para realização de grupos e oficinas com mais de 20 usuários e a carência de materiais, além de provocar insatisfações, podem promover limitações na organização e na execução das práticas de saúde mental como mostram Rézio e Oliveira (2010), o que podemos observar nos trechos abaixo:

*“(...) falar de espaço adequado (...) já melhorou bastante o nosso espaço e que antes a **gente atendia em cômodos que escutava do lado** (...) onde possa ouvir o paciente mais tranquilo que ninguém não vá ter acesso às informações, **hoje as salas melhoraram, mas ainda precisa melhor muito**”* (Estrelícia).

“(...) as cadeiras são inadequadas a maior parte delas, as mesas a maioria não são próprias para o computador é uma mesa mais antiga, que muitas vezes tá mancando, então o que seria adequado é respeitar as normas de ergonomia que propiciar um conforto tanto para o profissional quanto para o paciente que a gente não tem, e a gente vai se adequando com que é possível dentro do serviço” (Amarílis).

“(...) não temos uma cadeira e uma mesa que atenda as normas ergonômicas, então temos cadeiras quebradas, cadeiras que estão tortas devido ao uso, os computadores são insuficientes para que o profissional possa fazer os registros do trabalho (...)” (Amarílis).

"A nossa parte onde a gente faz oficina não tem lâmpadas e às vezes quando tá chovendo ou quando tá sol demais os usuários reclamam, que não tem essa estrutura para atender assim e às vezes as mesas estão quebradas, às vezes a gente tem que fazer uma atividade diferente, mas como a gente também não tem recurso e não tem as questões para fazer oficina, a gente acaba tirando do nosso bolso para pagar, porque às vezes a gente quer fazer um lanche diferente, alguma atividade diferente alguma oficina diferente a gente não tem material disponível pra isso” (Bromélia)

Esta última fala, aponta para um problema recorrente no CAPS que é a falta de materiais necessários para algumas dinâmicas como lápis e canetas. A ausência de recursos necessários para realização das oficinas é um fator que dificulta o melhor desempenho dos profissionais que acabam adquirindo estes materiais com recursos próprios para oferecer uma melhor qualidade de atendimento ao usuário de saúde mental, como reforça a fala a seguir:

“(...) para fazer algo diferente quando tem oficinas, quando é oficina de artesanatos os profissionais que compra materiais com recursos próprios, porque alguns materiais infelizmente a gente não recebe da prefeitura, então são esses problemas que vão causando alguns entraves mesmo no trabalho” (Amarílis).

Comprar materiais com recursos próprios dos profissionais e não da instituição, aproxima-se da estratégia de enfrentamento que Dejours (2011) chamada de racionalidade prática, uma forma de resistência ao trabalho prescrito em que o trabalhador se move conforme o surgimento de situações imprevistas.

Frente aos problemas identificados no ambiente e nas condições de trabalho, os trabalhadores sugeriram diversas mudanças necessárias à melhoria com destaque para o espaço onde acontecem as oficinas do CAPS, que poderia ser um ambiente mais confortável, além da melhoria na manutenção dos serviços oferecidos (como troca de

lâmpadas e equipamentos com defeitos para usuários e trabalhadores) e o fornecimento de materiais apropriados para as oficinas.

Uma estrutura ideal para o funcionamento de um CAPS seria ter um número adequado de salas de atendimentos multiprofissionais, com espaços maiores e com cobertura, com boa iluminação para realização de oficinas e grupos, dança circular, atividades físicas e materiais didáticos, com equipamentos que respeitem as normas de ergonomia. De acordo com o Ministério de Saúde (2004), os CAPS devem ter um espaço próprio e adequado para atender a demanda específica, oferecendo um ambiente continente e estruturado, com os recursos físicos necessários, sendo estes: consultórios para atividades individuais, salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitório, sanitários e área externa para oficinas, recreação e esportes. Nesse sentido, retoma-se o trabalho de Azevedo *et al.* (2014), os quais apontaram para a necessidade de investir na estrutura física e nos recursos financeiros destinados à saúde mental.

Em suma, a análise do ambiente e das condições de trabalho no CAPS demonstrou que a edificação é adaptada e improvisada, caracterizando uma estrutura física inadequada, assim como os materiais são insuficientes para o desenvolvimento das atividades propostas, sendo problemas enfrentados pelos trabalhadores de saúde mental do CAPS, que precisam constantemente se adequar e se submeter a condições precárias de trabalho, o que provoca angústia e insatisfação e denota fator de desgaste mental. Os trabalhadores estão expostos aos seguintes riscos:

1) *riscos físicos*, por ventilação e iluminação inadequadas, gerando aumento de calor e temperatura, podendo provocar fadiga, problemas visuais e aumentar os riscos de acidente, além de irritação, cansaço, variações da pressão, variações da pulsação, podendo gerar irritabilidade, fraqueza, dores de cabeça, tonturas, náuseas, depressão, ansiedade e incapacidade para concentrar, desidratação, por exposição, mesmo que em parte do dia, ao sol e ao calor; e, por exposição ao frio, sensação aguda de pontada, adormecimento e hipotermia, pela exposição ao vento e à umidade e, soma-se a isso que as condições de saúde do trabalhador podem piorar os efeitos do frio, como alergias, problemas vasculares, fumo, bebidas alcoólicas e utilização de certos medicamentos;

2) *riscos biomecânicos*, pela adoção de posturas inadequadas e movimentos repetitivos, podendo ocasionar dores, problemas de coluna e lesões físicas e

3) *riscos de acidente*, por queda das lâmpadas; por choque elétrico, incêndio e explosão; por agressão física em situações de atendimento de usuários com agitação psicomotora.

3.6.2 A organização do processo de trabalho no CAPS

O processo de trabalho em saúde mental consiste na viabilização do cuidado integral às pessoas em sofrimento mental, abrangendo o planejamento de ações e (re)invenções de formas de cuidado. No âmbito do SUS, esse processo de trabalho deve abranger a promoção, a proteção e a reabilitação destes sujeitos. Como vimos no capítulo anterior, a literatura pesquisada mostrou tratar-se de um processo complexo que envolve diversas atividades como a ‘elaboração de um projeto terapêutico’ capaz de ampliar as condições de possibilidade de intervenção da equipe multiprofissional na atenção integral ao sujeito em sofrimento psíquico, produzindo qualidade de vida e cidadania.

Como o CAPS é um serviço que atende ao usuário em crise, a rotina e a operacionalização das tarefas estão sujeitas a mudanças, como foi observado no CAPS em estudo. Os trabalhadores entrevistados desenvolvem diversas tarefas no CAPS, como: o acolhimento, os atendimentos individuais e grupais, as oficinas terapêuticas, a gestão de caso, os grupos de família, as visitas domiciliares, a busca ativa e as atividades administrativas (como preenchimento e registro de prontuários, documentos, dentre outros), conforme mostram os relatos abaixo:

“Diversas atividades..., por exemplo, das oficinas terapêuticas que a gente faz grupos, rodas de conversa com os pacientes, tem o atendimento em grupo tem também, eh! Grupo de família, então... reuniões com a equipe, estudo de caso, gestão de caso” (Estrelícia).

“A rotina de trabalho consiste na avaliação dos pacientes diariamente que estão inseridos no CAPS, nas atividades propostas de rotina, na oficina terapêutica, a condição da oficina terapêutica com os pacientes da rotina do dia, acolhimento, atendimentos e a participação nas reuniões de equipe e nas decisões acerca dos pacientes da unidade que precisam ter uma conduta organizada naquele dia” (Cattleya).

“são várias atividades no dia, o registro de prontuário, a avaliação do paciente, o acolhimento o apoio ao colega que precisa de alguma orientação (...), pensar junto em equipe com alguma conduta em

relação aos casos que se apresentam no dia então isso acontece todos os dias” (Cattleya).

Observou-se que o CAPS abre às 7 horas com a chegada dos técnicos de enfermagem e do trabalhador de serviços gerais. As atividades regulares iniciam apenas às 8 horas quando chegam os profissionais de nível superior. Porém, alguns pacientes chegam às 7 horas. Entre 8 horas e 8 horas e 30 minutos é servido o café da manhã para os usuários, assim como são oferecidos os cuidados pela enfermagem; e, logo após, iniciam as atividades de oficinas, grupos terapêuticos e os atendimentos individuais do médico, serviço social, psicologia e farmacêutico, bem como o acolhimento.

No período da manhã, as oficinas encerram às 11 horas. Nesse momento, os pacientes que ficam meio período vão embora e os de período integral permanecem para o almoço, que é servido entre 11 horas e 30 minutos e 12 horas e 30 minutos. A rotina no período da tarde inicia às 13 horas e 30 minutos com a mesma programação da manhã. A oficina no turno da tarde encerra às 16 horas e 30 minutos, ficando os demais atendimentos até às 18 horas.

Desse modo, o CAPS abre às 7 horas e fecha às 18 horas, de segunda a sexta-feira. Como apontado anteriormente, há diferentes jornadas de trabalho: 4 horas, 4 horas e 48 minutos, 6 e 8 horas. A este respeito, dois entrevistados colocam a dificuldade que vivenciam na jornada de 6 e 8 horas, tendo em vista que o trabalho no CAPS exige lidar com pacientes em crise, por vezes agressivos, com problemas mentais de toda ordem e não há tempo suficiente no intervalo entre o período da manhã e da tarde – uma hora somente – para que os trabalhadores possam se recuperar psiquicamente para retornarem ao trabalho, como ilustram os relatos a seguir:

“(...) às vezes tive um atendimento superdifícil de manhã, de algo que mexe com a gente porque não tem jeito. Aí eu tenho uma hora para me recuperar e voltar (...), então esta parte é complicada, questões das horas mesmo (...). O mais difícil é que a gente trabalha com seres humanos, e num espaço onde envolve sofrimento intenso, então se a gente for pensar que o CAPS vai cuidar dos casos mais graves, isso envolve doenças mais graves e logicamente vai envolver situações de uma gravidade e um manejo mais um pouco delicado...”!
(Amarílis).

“(...) eu acho que é um trabalho cansativo, seis horas para quem está na saúde mental não é um trabalho fácil (...) a gente precisa cuidar da nossa mente, para a gente atender os outros bens. A gente

tem que estar bem, então, primeiro promover a nossa saúde para depois estar com outro” (Estrelícia).

Esta situação denota fator de desgaste mental, podendo gerar sofrimento psíquico, fadiga, estresse, irritabilidade, ansiedade, angústia, sentimento de desamparo insônia, alterações de comportamento e transtornos mentais.

O Quadro 5, abaixo, resume a rotina das principais atividades desenvolvidas diariamente no CAPS estudado.

Quadro 5 – Rotina diária das principais atividades desenvolvidas no CAPS

Atividade	Horário	Local
<i>Período da Manhã</i>		
Abertura da Unidade	7 horas	Portaria
Recepção dos usuários	8 horas	Portão e Recepção
Café da manhã	8 horas às 8 horas e 30 minutos	Sala multiuso
Preparo de medicação e Administração de medicamentos	8 horas às 8 horas e 30 minutos	Farmácia e sala de Enfermagem
Gestão de Casos (UAIS de Referência)	8 horas às 18 horas	Sala de reunião
Cuidados de Enfermagem	8 horas às 9 horas e 30 minutos	Sala de enfermagem
Oficinas Terapêuticas	8 horas e 30 minutos às 11 horas	Varanda
Acolhimento	8 horas às 12 horas	Sala de Reunião ou Consultório disponível
Atendimento de Grupo	8 horas e 30 minutos às 10 horas	Sala de Reunião
Atendimento individual (Serviço Social)	8 horas e 30 minutos às 12 horas	Consultório I
Atendimento individual (Medicina)	8 horas e 30 minutos às 11 horas e 30 minutos	Consultório II
Atendimento individual (Psicologia)	8 horas e 30 minutos às 13 horas	Consultório III
Atendimento individual (Enfermagem)	8 horas e 30 minutos às 11 horas	Sala de Enfermagem
Saída dos usuários do turno da manhã	11 horas	Portaria
Almoço dos usuários intensivo	11 horas e 30 minutos às 12 horas e 30 minutos	Varanda
Descanso dos usuários intensivo	12 horas e 30 minutos às 13 horas e 30 minutos	Garagem
Evolução e Registro dos prontuários (oficina)	11 horas às 12 horas	Consultórios I, II, III
<i>Período da Tarde</i>		
Chegada Usuários turno tarde	13 horas às 13 horas e 30 minutos	Portaria
Acolhimentos	13 horas às 17 horas	Sala de Reunião
Consulta de Enfermagem	14 horas às 17 horas	Sala de Enfermagem
Oficinas Terapêuticas	13 horas e 30 minutos às 15 horas	Varanda

Lanche	15 horas às 15 horas e 30 minutos	Garagem ou varanda
Oficinas Terapêuticas	15 horas e 30 minutos às 16 horas e 30 minutos	Varanda
Atendimento Individual (Enfermagem)	13 horas às 17 horas	Sala de Enfermagem
Atendimento Individual (Serviço Social)	13 horas às 17 horas	Consultório I
Atendimento Individual (Médico)	13 horas às 17 horas	Consultório II
Atendimento Individual (Psicologia)	13 horas às 17 horas	Consultório III
Atendimento Farmacêutico	13 horas às 17 horas	Farmácia
Dispensação de Medicamentos	16 horas às 17 horas	Farmácia
Visitas Domiciliares	13 horas às 17 horas	Território
Evolução e registros dos Prontuários	17 horas às 18 horas	Consultórios I, II, III
Saída dos Usuários	16 horas e 30 minutos às 17 horas	Portaria
Fechamento da unidade	18 horas	Portaria

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, 2018.

O acolhimento acontece todos os dias recebendo pessoas encaminhadas por diversos setores da rede: atenção primária, CRAS, setor de psiquiatria da UFU, dentre outros, ou por demanda espontânea. Diariamente, no CAPS são acolhidos em média três usuários, porém este número pode variar de zero (nenhum paciente) a seis pessoas. Para cada período do dia há um profissional escalado para essas atividades que são operacionalizadas por trabalhadores com nível superior; entretanto, quando chegam dois ou mais pacientes ao mesmo tempo, um dos trabalhadores do atendimento auxilia nesta tarefa, como mostram os relatos abaixo:

“(...) é um serviço que não tem uma rotina que é todos os dias da mesma forma, né, então tem dia que estou no acolhimento (...), posso também estar em oficina né, (...)” (Hortência).

As oficinas terapêuticas foram descritas pelos entrevistados como atividades em que se busca promover a socialização ou a reinserção social por meio de práticas e vivências grupais, como evidenciam os relatos abaixo:

“(...) oficina é um dia em que [a gente] trabalha com esses pacientes num espaço, onde às vezes tem uma oficina que é livre, como uma roda de conversa, ou tem algum tema que traz os próprios pacientes, (...)” (Hortência).

“(...) a gente tem trabalhos artesanais, músicas (...) danças, várias atividades, passeios externos e essas atividades [oficinas terapêuticas] (...), elas não são tarefas, é de cunho terapêutico! Para que a gente possa cuidar do nosso paciente(...) e conseguir aquele vínculo para que ele possa melhorar mentalmente” (Estrelícia).

“As oficinas que eu tenho realizado, geralmente três por semana, são oficinas (...) eu tenho atendido muita demanda dos usuários do que eles trazem (...) uma recreação com alguns jogos recreativos ou um passeio, tenho apostado muito em oficinas externas até porque é uma demanda deles também, de sair desse espaço de ressocializar, eu acho isso muito importante, mas sem deixar a roda de conversa de lado que acho a parte mais importante né!” (Amarilis).

O dia em que o trabalhador realiza atividades de oficina é considerado mais cansativo, pois além de desenvolver as atividades diretamente com os usuários, tem os registros no prontuário eletrônico que deve ser realizado após cada atendimento, inclusive individual para informar ao Ministério da Saúde os procedimentos realizados. Com isso, devido às necessidades dos usuários, *muitas vezes as oficinas e os registros podem se estender além da carga horária do trabalhador, aumentando sua jornada de trabalho.* As horas excedentes são anotadas em uma planilha e computadas em um banco de horas, para uso futuro do trabalhador como possibilidade de folgar de acordo com sua necessidade pessoal. Entretanto, *este quadro acelera o ritmo de trabalho, podendo gerar sobrecarga, o que denota fator de desgaste mental, podendo provocar fadiga, cansaço, irritabilidade, angústia, ansiedade, insônia e transtornos mentais, conforme ilustram os textuais a seguir:*

“(...) tem dias que são mais cheios são mais corridos, dia de oficina né, é um dia bem mais cansativo porque tem uma preparação tem todo o processo mesmo né da oficina e o registro depois (...)” (Amarilis).

“O ritmo de trabalho é acelerado porque a demanda é muito grande do serviço (...) e por mais que a gente tem ajuda dos nossos colegas, cada profissão tem suas especificidades né!” (Bromélia).

Os atendimentos individuais acontecem todos os dias: a avaliação social, avaliação da enfermagem, atendimentos médicos, atendimento da farmácia, os grupos terapêuticos com psicólogos, e as oficinas terapêuticas, sendo destinados dois profissionais de nível superior para essa atividade. Em média ficam três profissionais de nível superior e técnicos disponíveis para atendimentos agendados e para atender demanda espontânea. Há também os atendimentos grupais como acontece com os

psicólogos que desenvolvem grupos terapêuticos com seus usuários de referência semanalmente, como evidencia a fala a seguir:

“(...) tem dia, que estou em atendimento, esse atendimento seria às vezes um grupo terapêutico que é feito com os usuários que eu sou referência dele” (...) (Hortência).

Cada categoria profissional tem sua função específica, por exemplo: a função da farmacêutica consiste em gerenciar as medicações recebidas, orientar e administrar as medicações que os usuários levam para casa. As atividades do profissional de serviços gerais que é a de cuidar da higienização do ambiente, assim como os serviços de copa, como organizar e servir o café da manhã e o almoço, e lanche do período da tarde. Além das atividades multiprofissionais executadas pelos trabalhadores de saúde mental do CAPS, que têm formação de nível superior, acontecem os atendimentos específicos de cada categoria:

“Tem os atendimentos [privativos] que são agendados (...) tem demanda espontânea que a gente faz atendimento, faz escuta, faz orientações (...) faz oficinas, acolhimentos também (...)” (Bromélia).

Às quintas-feiras acontecem as reuniões de equipe, momento destinado à gestão dos casos novos e discussão dos casos de usuários que estão em acompanhamento no CAPS (primeira e terceira semanas do mês), reunião com atenção primária para discussão conjunta dos casos de saúde mental (segunda semana do mês) e reunião geral de equipe (quarta e quinta semanas do mês). Apesar de ser um dia reservado para reuniões, uma ou duas pessoas ficam escaladas para realizar o acolhimento ao usuário. Já os pacientes que permanecem integralmente no CAPS, ficam sob o cuidado de um técnico de enfermagem escalado para dar suporte no cuidado a esses usuários.

Quanto às outras atividades desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde mental do CAPS, como a gestão de caso do cotidiano, não há um dia específico para ser realizada, acontecendo sempre que algum usuário requer uma atenção diferenciada devido a sua complexidade ou falta de suporte familiar e vulnerabilidade social. É agendado dia e local e são convidados os principais atores que possam contribuir para o desenrolar do caso.

O grupo de família refere-se a reuniões com familiares de usuários que frequentam o CAPS, atividade que acontece duas vezes por semana, sendo uma no

período da manhã (sexta-feira) e outra no período da tarde (quarta-feira). Já a visita domiciliar é realizada no domicílio do usuário, ou para tentar fazer vínculo com o CAPS, ou para conhecer a realidade familiar ou para algum tipo de abordagem ou orientação. A escala do carro de visita é quinzenal, mas é possível usar a ambulância da saúde mental quando não estiver ocupada para uma visita de maior urgência. A busca ativa é um procedimento realizado pelo terapeuta de referência ou outro membro da equipe, quando o trabalhador observar faltas do usuário sem justificativas na instituição de saúde mental, sendo realizada no dia destinado ao atendimento do profissional.

Os usuários do CAPS passam por avaliação integrada, uma atividade interdisciplinar realizada para que toda a equipe se aproprie do caso e possa traçar a melhor conduta para este usuário. Para tanto, é agendada avaliação para as categorias profissionais de: psicologia, enfermagem, serviço social e medicina. Na avaliação do serviço social são realizadas diversas orientações sobre seus direitos, tais como: afastamento do INSS, direito ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) a gratuidade de transporte caso sua condição social exigir, entre outros. Já na avaliação da enfermagem são verificadas as condições clínicas do usuário e na avaliação do médico, se necessário, é feito o ajuste medicamentoso. No atendimento de Psicologia é avaliada a condição psíquica do indivíduo. Por fim, em comum acordo por todos os trabalhadores, é definido o “plano de cuidado” ou “Projeto Terapêutico Singular”, e se o usuário estiver dentro dos critérios de CAPS ele segue o projeto definido com dias e horários para participar das oficinas. Caso ele não atenda tais critérios, será encaminhado para Atenção Primária, dando continuidade aos cuidados em saúde (projeto singular) na unidade de referência.

O Quadro 7 apresenta a organização semanal das principais atividades desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde mental do CAPS, compreendendo as atividades multiprofissionais e específicas de cada categoria profissional.

Quadro 6 – Distribuição das principais atividades semanais desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde mental do CAPS

	Oficinas	Atendimentos	Acolhimento
Segunda-feira (manhã)	<ul style="list-style-type: none"> Roda de conversa, oficina externa e literatura (dois psicólogos e um técnico de enfermagem, quando estiver disponível) 	<ul style="list-style-type: none"> Serviço Social Medicina Enfermagem Psicologia Farmácia Atendimento de 	<ul style="list-style-type: none"> Acolhimento de demanda espontânea ou encaminhado pela Atenção Primária, psiquiatria UFU ou UAI. (realizada por qualquer

		demanda espontânea por quem estiver disponível	profissional de nível superior)
Segunda-feira (tarde)	<ul style="list-style-type: none"> Roda de conversa com literatura Dança circular Artesanato (pintura em vidro, colagem com sisal) (dois psicólogos e um técnico de enfermagem, quando estiver disponível). 	<ul style="list-style-type: none"> Serviço Social Medicina Enfermagem Psicologia Farmácia Atendimento de demanda espontânea por quem estiver disponível 	<ul style="list-style-type: none"> Acolhimento de demanda espontânea ou encaminhado da Atenção Primária, psiquiatria UFU ou UAI. (realizada por qualquer profissional de nível superior)
Terça-feira (manhã)	<ul style="list-style-type: none"> Roda de conversa Grupo terapêutico (dois psicólogos e um técnico de enfermagem, quando estiver disponível). 	<ul style="list-style-type: none"> Serviço Social Medicina Enfermagem Psicologia Farmácia Atendimento de demanda espontânea por quem estiver disponível 	<ul style="list-style-type: none"> Acolhimento de demanda espontânea ou encaminhado da Atenção Primária, psiquiatria UFU ou UAI. (realizada por qualquer profissional de nível superior)
Terça-feira (tarde)	<ul style="list-style-type: none"> Roda de conversa com literatura Dinâmicas e recreação Artesanato (oficina de chaveiros) (dois psicólogos e um técnico de enfermagem, quando estiver disponível) 	<ul style="list-style-type: none"> Serviço Social Medicina Enfermagem Psicologia Farmácia Atendimento de demanda espontânea por quem estiver disponível 	<ul style="list-style-type: none"> Acolhimento de demanda espontânea ou encaminhado da Atenção Primária, psiquiatria UFU ou UAI. (realizada por qualquer profissional de nível superior)
Quarta-feira (manhã)	<ul style="list-style-type: none"> Roda de conversa com literatura Música e Artesanato (dois psicólogos e um técnico de enfermagem, quando estiver disponível) 	<ul style="list-style-type: none"> Serviço Social Medicina Enfermagem Psicologia Farmácia Atendimento de demanda espontânea por quem estiver disponível 	<ul style="list-style-type: none"> Acolhimento de demanda espontânea ou encaminhado da Atenção Primária, psiquiatria UFU ou UAI. (realizada por qualquer profissional de nível superior)
Quarta-feira (tarde)	<ul style="list-style-type: none"> Roda de conversa Oficina de Cidadania e revitalização dos espaços coletivos (organização do CAPS: jardim, pintura de paredes) Grupo de família Oficina de percepção Grupo terapêutico (dois psicólogos e um técnico de enfermagem, quando estiver disponível) 	<ul style="list-style-type: none"> Serviço Social Medicina Enfermagem Psicologia Farmácia Atendimento de demanda espontânea por quem estiver disponível 	<ul style="list-style-type: none"> Acolhimento de demanda espontânea ou encaminhado da Atenção Primária, psiquiatria UFU ou UAI. (realizada por qualquer profissional de nível superior)
Quinta-feira (manhã e tarde)	Reuniões de equipe, reuniões com atenção primária, discussão de caso, grupo de estudo.		<ul style="list-style-type: none"> Acolhimento de demanda espontânea ou encaminhado da Atenção Primária, psiquiatria UFU ou UAI. (realizada por qualquer profissional de nível superior)

			superior)
Sexta-feira (manhã)	<ul style="list-style-type: none"> • Oficina externa e artesanato (cestas de palitos de picolé) • Grupo de Família • Grupo de medicação 	<ul style="list-style-type: none"> • Serviço Social • Medicina • Enfermagem • Psicologia • Farmácia • Atendimento de demanda espontânea por quem estiver disponível 	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento de demanda espontânea ou encaminhado da Atenção Primária, psiquiatria UFU ou UAI. (realizada por qualquer profissional de nível superior)
Sexta-feira (tarde)	<ul style="list-style-type: none"> • Oficina de artesanato (bijuteria e tapetes) • Recreação e Dança (Um psicólogo um Assistente social e um técnico de enfermagem, quando estiver disponível) 	<ul style="list-style-type: none"> • Serviço Social • Medicina • Enfermagem • Psicologia • Farmácia • Atendimento de demanda espontânea por quem estiver disponível 	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento de demanda espontânea ou encaminhado da Atenção Primária, psiquiatria UFU ou UAI. (realizada por qualquer profissional de nível superior)

Fonte: autoria própria, 2018.

Ramminger e Brito (2011) apontam que, apesar de todas as atividades previstas para estes estabelecimentos de saúde serem determinadas pelos instrutivos do Ministério da Saúde, cada CAPS tem suas particularidades e a forma privada de desenvolver seus processos de trabalhos. Essa diferença entre o trabalho prescrito pelos instrutivos ministeriais e o que é de fato desenvolvido pelos trabalhadores nos CAPS é chamada por Dejours (2010) de trabalho real, aquele relativo à operacionalização das tarefas planejadas e que é influenciado por situações cotidianas do ambiente laboral que podem levar a improvisos na realização destas tarefas, como é o caso do CAPS, e que impedem o trabalhador de alcançar a perfeição na execução das tarefas.

Quando o trabalho é prescrito não tem como evitar as dificuldades que podem surgir no dia a dia do trabalho, é o trabalhador ao deparar com as situações imprevistas que vai se adequando e fazendo o seu melhor, a prescrição nunca contempla a realidade vivenciada pelo trabalhador. Quanto maior a distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real, maior a chance do trabalhador adoecer, pois ele não consegue atingir a perfeição do trabalho prescrito (DEJOURS, 2010).

O discurso dos trabalhadores revelou práticas de cuidado semelhantes às observadas por Filizola, Milioni e Pavarini (2008) que somam ações que superam as práticas clínicas individuais e focadas na patologia. Em contraposição a esses resultados, Campos e Soares (2003), Rodrigues e Figueiredo (2003) e Simões, Fernandes e Aiello-Vaisberg (2013) apontaram uma predominância do atendimento clínico individual e uma visão reducionista. Comparativamente a esses estudos, é

possível afirmar que o processo de trabalho no CAPS em estudo supera a lógica tradicional, estando alinhado com o modelo assistencial proposto pela Reforma Psiquiátrica, apesar de a condição provisória de funcionamento da edificação já durar dezesseis anos, o que é contraditório com a proposta de que o CAPS seja um serviço substituto e definitivo aos hospitais psiquiátricos. Segundo informações da coordenadora do CAPS, o terreno para a construção da sede definitiva já foi adquirido há cerca de cinco anos, porém sem previsão para o início da obra.

Outro ponto que requer uma vigilância intensa da equipe durante o horário de funcionamento é quando o usuário em crise se agita (como no surto psicótico) que vai além da capacidade do manejo verbal. Nesses momentos, a operacionalização das tarefas rotineiras fica sujeita a mudanças repentinas, como foi observado no CAPS. Pode ocorrer essa intercorrência, que é uma situação que requer maior atenção e intervenção de vários trabalhadores. Diante desses momentos, há uma mobilização de outros trabalhadores para contenção e, neste caso, *denota risco de acidente por agressão física dos usuários, inclusive por faca e cadeiras arremessadas, o que configura uma situação de agravo à saúde que intensifica o risco para saúde mental dos trabalhadores*. Conforme ilustra o trecho a seguir:

“Com o paciente em crise a gente fica mais perto dele, faz contenção tanto química quanto física e a gente fica mais perto” (Dália).

Para essa contenção necessitam de no mínimo cinco trabalhadores para que a ação seja eficaz. Pode ser realizada: contenção física (manual), química (medicamento) ou mecânica (faixas), quando esgotadas todas as alternativas como abordagem verbal e mudanças no ambiente, sendo os únicos meios disponíveis para prevenir dano imediato ou iminente a sua integridade física ou aos colegas ou trabalhadores. No CAPS em estudo, essas medidas são pouco utilizadas somente após serem esgotadas todas as outras possibilidades.

Outro aspecto importante refere-se à ausência de algumas categorias de trabalhadores no CAPS em estudo. No momento da pesquisa, foi detectada a falta de dois oficiais administrativos. Segundo informações da coordenação, um trabalhador havia pedido demissão há um ano e meio e o outro, aposentou-se há um ano e ambos não foram substituídos. Outro profissional ausente é o vigilante, que controla a entrada e saída das pessoas no CAPS. Hoje esse trabalhador comparece apenas em caso de

extrema urgência para dar suporte em momentos específicos da unidade. A justificativa da coordenação do CAPS sobre estas ausências está atrelada à lei de responsabilidade fiscal. Esta situação e a atual crise econômica pela qual o município está passando e que inviabilizou a contratação de novos trabalhadores, levou ao acúmulo de novas tarefas para os trabalhadores de saúde mental do CAPS, *que têm de realizar outras atividades além daquelas prescritas pelo Ministério da saúde, alterando assim, a organização do processo de trabalho e, portanto, o trabalho real, de modo que o trabalhador fica submetido a riscos para saúde mental, tendo em vista o aumento das cargas de trabalho, o que acelera o ritmo de trabalho, levando a sobrecarga e ao desgaste do trabalhador, podendo gerar sofrimento psíquico, irritabilidade, fadiga, cansaço, ansiedade, angústia, sentimento de desamparo e transtornos mentais.* As seguintes falas caracterizam este quadro:

“como a gente está sem vigilante também a gente abre portão e às vezes a gente tem que interromper nossos atendimentos, nossa escuta pra ir lá abrir o portão, estamos sem auxiliar administrativo no momento também, e essas questões somos nós que fazemos abrir ficha, e o nosso processo de trabalho também é precário, a internet não tá funcionando, para registrar em sistema os atendimentos” (Bromélia).

“(...) a gente acaba que esbarra em algumas questões, fazem atividades que não são da nossa área, como ajudar na cozinha, servir o lanche, e lavar os copos que estão sujos, porque nós estamos só com uns serviços gerais, e aí para não sobrecarregar a gente acaba ajudando também” (Bromélia).

“(...)essa questão de ausência de colegas no trabalho, acho que faltam às vezes alguns membros da equipe que ocasionam essa sobrecarga (...), o administrativo, os serviços gerais, o vigilante e que acaba que você tem que fazer um pouco de tudo, você tem que se adaptar, mas com o passar do tempo isso gera um desgaste, acaba se tornando cansativo, porque a rotina te pede pra que você seja cotidianamente adaptável e flexível, isso também traz um desgaste emocional, não só a relação com o paciente, mas o que você precisa junto com ele construir para uma estabilização do quadro, então penso que isso traz um desgaste, um cansaço”(...) (Cattleya).

A problemática acima ilustra uma forma de precarização do trabalho com repercussões na subjetividade e na saúde mental, conforme defende Seligamnn-Silva (2011), além de reforçar a percepção de Antunes e Alves (2004), de que, na atualidade, os campos de trabalho têm exigido cada vez mais trabalhadores polivalentes, multifuncionais e flexíveis.

A análise do processo de trabalho no CAPS demonstrou que o trabalhador está exposto aos seguintes riscos de agravos à saúde:

1) *Riscos de acidentes*: por agressão de usuários em crise, podendo gerar lesões corporais, contusões e traumatismos.

2) *Riscos biomecânicos*: por adoção de posturas inadequadas pela permanência prolongada sentado em cadeiras inadequadas, o que pode gerar dores, problemas de coluna e lesões físicas.

3) *Riscos para saúde mental*: derivados da organização do trabalho como: jornada de trabalho excessiva e dimensionamento inadequado de pessoal que interferem no processo de trabalho, em especial, no modo operatório das tarefas, provocando alterações no ritmo de trabalho e na carga de trabalho, gerando sobrecarga e pressões, além do cotidiano conflituoso relativo a própria natureza do trabalho com usuário em crise, assim como a falta de estrutura física e material podem ocasionar sofrimento psíquico, fadiga, estresse, irritabilidade, ansiedade, angústia, insônia, alterações de comportamento e transtornos mentais.

Este quadro caracteriza o processo de desgaste dos trabalhadores de saúde mental do CAPS, em particular, o desgaste mental (SELIGMANN-SILVA, 2011), assim como denuncia as condições de possibilidade para o desenvolvimento do sofrimento patogênico que a distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real promove quando todas as possibilidades de adaptação já foram utilizadas e ocorre a fadiga, resultante da impossibilidade de harmonia entre o trabalhador e seu trabalho e que, é compreendida como uma “testemunha não especificada da sobrecarga que pesa sobre um ou outro dos setores do organismo psíquico e somático” (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2010).

Desse modo, é necessário reorganizar o processo de trabalho no CAPS, com o objetivo de extinguir os riscos de agravos advindos das condições e do processo de trabalho nocivos à saúde, restabelecendo a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, em especial, a saúde mental.

Frente aos problemas identificados na organização do processo de trabalho, as trabalhadoras sugeriram diversas mudanças necessárias à melhoria das condições de trabalho com destaque para o *investimento nas oficinas*, seja com recursos financeiros para a compra de materiais e para a contratação de instrutores (oficineiros), seja na criação de oficina de geração de renda, já se trata de população carente e os resultados

dessas oficinas poderiam ser comercializados, reforçando os objetivos do CAPS, de oferecer atendimento multiprofissional à população e de promover a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. (BRASIL, 2004). Os textuais a seguir servem de ilustração:

“Eu teria mais recursos para trabalhar [com menos burocracia] acho que isso é muito importante é, (...) E uma série de coisas assim, tudo vai passando pela burocracia, pelas questões burocráticas (...)” (Amarílis).

“(...) poderia ter muito mais políticas públicas nesse meio e que as vezes a gente não tem o que fazer” (Bromélia).

“Primeiramente como nós temos o nosso público muito carente eu investiria em alguma coisa assim eu vejo que as nossas oficinas como é o centro mesmo do CAPS teria que ter mais suporte, a gente não tem (...) e que poderia ter mais espaço mais programas sociais, poderia ter mais coisas que as vezes a gente não consegue [sozinho]...” (Bromélia).

“Ah, se eu pudesse mudar tem muitas mudanças que a gente gostaria de fazer né! Por exemplo, a forma do horário, de como seria essas oficinas, a forma de atendimento por exemplo, a gente fala muito na questão do social, porque CAPS além dele ser um, centro de atenção psico ele é social também, então eu acredito que essa parte por exemplo poderia ser mais ampliada, a questão do paciente está na sociedade eu acho ainda falta muita coisa pra gente trabalhar lá fora, eu acho que tem muita coisa que poderia ser mudada dentro do meu ambiente de trabalho (...) e se a gente não tá promovendo mudanças precisa olhar com carinho” (Estrelícia).

3.6.3 Relacionamento interpessoal no trabalho

De modo geral, os entrevistados dizem ter uma boa relação tanto com os colegas de trabalho como com a chefia imediata, que é o coordenador do CAPS. Sentem confiança e solidariedade na relação com os colegas de trabalho, assim como com o coordenador, considerado uma pessoa aberta ao diálogo e que ouve o trabalhador. Com isso, entendem que são uma equipe que trabalha de forma coesa, com foco nas atividades e na melhora do paciente, como mostram as falas abaixo:

“(...) eu considero, que tenho um bom relacionamento que é o vínculo né que a gente tem, de chegar, de confiar, de contar com essas pessoas quando a gente tem algum tipo de problema, seja de

cunho pessoal ou profissional, a maior parte da equipe é aberta para isso” (Amarilis).

“Eu considero minha relação com a chefia muito boa: a chefia dá abertura, é uma pessoa que discute com a gente ela tá sempre pronta a ouvir, eu acho muito bom o trabalho dela” (Estrelícia).

“(…) atualmente eu acho que é uma relação boa né [com o coordenador]; teve alguns momentos em outros períodos, que eram outras chefias, outros colegas de trabalho que nem sempre era tão tranquilo. Acho que hoje a gente consegue trabalhar em equipe de uma forma mais coesa, menos melindrosa com foco maior nas atividades mesmo, em alguns outros momentos isso não foi tão prazeroso” (Cattleya).

Este último relato aponta para o contexto do trabalho em equipe, no CAPS em estudo, que nos remete a questão da cooperação para Dejours (2011), um recurso utilizado por um grupo de trabalhadores para minimizar o sofrimento, transformando-o em prazer, aspecto importante no trabalho em saúde mental, tendo em vista as dificuldades do trabalho com a loucura. Corroboram este aspecto os seguintes textuais:

“O relacionamento interpessoal é tranquilo, (...) a gente visa o melhor atendimento para o paciente e aí a gente tem sempre essa cooperação da equipe toda (...) a gente tem essa interação muito boa é um coleguismo mesmo que a gente tem de poder fazer a mais para o paciente, a gente, é um ambiente tranquilo a gente não tem competição porque o que a gente tá visando é o melhor atendimento mesmo pra esse paciente” (Bromélia).

“(…) [para] trabalhar na saúde mental, precisa muito disso, que a equipe esteja junta que a equipe se apoie porque tem momentos em que as questões dos próprios usuários vão atravessando a gente, e isso é adoecedor. Então, ter uma equipe do lado é muito importante: às vezes tem, às vezes não, mas quando tem a gente realmente conta com essas pessoas para poder auxiliar, estar junto, nos processos, nos atendimentos e de uma forma geral é a maior parte do tempo, é satisfatório, embora em alguns momentos não seja, mas a maior parte do tempo o relacionamento nesse ponto é tranquilo com os demais colegas, a gente consegue contar uns com os outros no dia a dia” (Amarilis).

Uma problemática que os trabalhadores do CAPS enfrentam diz respeito ao relacionamento ou parcerias com a rede de saúde mental, principalmente, os PSF e as UAI, onde o usuário por vezes não tem seus direitos respeitados nos atendimentos clínicos, sofrendo preconceitos por ter histórico de atendimento em saúde mental, como esclarece o textual a seguir:

“(...) o CAPS é um Centro de Atenção Psicossocial, um atendimento especializado e a gente depende muito de estar em parceria com outras instituições, com a rede né, e isso é muito difícil. (...) vou dar um exemplo: às vezes um paciente vai para um determinado lugar para fazer um atendimento e às vezes é uma questão clínica; mas o pessoal passa direto para a saúde mental, porque tem o histórico de que o paciente de saúde mental ele é de saúde mental! (...) então, eles já passam direto; não faz uma investigação, tem várias coisas que pega, isso é um dos fatos” (Estrelícia).

3.6.4 Vivências de sofrimento e prazer e no trabalho

Um ponto interessante que surge no discurso dos trabalhadores do CAPS refere-se ao trabalho real, aquele de fato é desenvolvido pelos trabalhadores nos CAPS, diferente do trabalho prescrito pelos instrutivos do Ministério da Saúde. E como enfatiza Dejours (2010; 1997), quando há tarefas que não podem ser obtidas pela execução rigorosa daquilo o que é prescrito, a distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real, leva ao sofrimento, que pode se tornar patogênico, adoecendo o trabalhador. O relato a seguir marca este aspecto:

“A gente tem uma exigência que acho que é algo que vem muito além da chefia direta, que é algo que vem do Ministério, que vem de outras instancias... e a gente precisa apresentar resultados, a gente precisa cuidar dessas pessoas que estão adoecidas e precisa de certa forma mostrar também pro Ministério o que a gente tem feito: de um lado fica o cuidado com o paciente e de outro lado o registro e é colocado que nos profissionais tem que dar conta dos dois e muitas vezes né, isso é difícil” (Amarilis).

Para Dejours (1987), quando os projetos, as esperanças e os desejos dos trabalhadores são inviabilizados em função da organização do trabalho, emerge o sofrimento. Vimos que o dimensionamento inadequado de pessoal no CAPS, aliado a extensão da jornada de trabalho, interfere, principalmente, no modo operatório das tarefas, intensificando o ritmo laboral, gerando sobrecarga e pressões no trabalho que somadas ao cotidiano complexo e conflituoso relativo ao lidar com a loucura, com a crise psicótica, com a violência pulsional, a dimensão *phática* do humano, geram estresse e sentimentos de desamparo como: medo, insegurança e incertezas, como mostram os relatos abaixo:

“(...) é muito estressante ficar o tempo todo abrindo e fechando portão, a cada cinco minutos. Eu sento para fazer um registro, sento para fazer alguma coisa para olhar um prontuário, para ter um cuidado com o paciente e vem outro me pedir para abrir o portão, então é muito complicado (...)” (Amarílis).

“(...) Outra coisa que para mim é difícil é lidar com o sofrimento do outro e lidar com isso o dia todo é muito puxado e muito pesado (...) então, muitas vezes o que é do outro isso vai atravessando a gente, atravessando de forma a causar sofrimento também, porque a angústia do outro ela toca no que é nosso, e aí a partir disso é preciso manter o foco no que é profissional” (Amarílis).

“Já tive um afastamento por agressão de um uma usuária aqui do serviço que foi um afastamento de 15 dias né, que eu fui agredida no braço (...)” (Amarílis).

O quadro descrito acima indica carga psíquica e, portanto, mostra fator de desgaste mental desencadeado pela maneira como está organizado o trabalho no CAPS, visto que não descansam o suficiente e tampouco conseguem se desligar do trabalho, estando, por vezes, em um estado de alerta permanente, que somados aos aspectos transferenciais e contratransferências com o sofrimento dos pacientes, *gera insônia e expectativa ansiosa, podendo levar a quadros de ansiedade e angústia, como fobias e pânico, podendo, portanto, tornar-se sofrimento patogênico.* Os textuais abaixo ilustram estes aspectos:

*“(...) É difícil porque o que é do outro mexe comigo, e isso é pra todo mundo, quando outra pessoa traz a sua história, **muitas vezes essa história vai de encontro com a minha** (...) os pacientes do CAPS muitas vezes são pacientes com histórias trágicas, que **vão de encontro às vezes com coisas do nosso inconsciente mesmo com algo que tá ali guardado, protegido e aí o paciente vai... através da história dele isso vai vindo à tona, e isso faz a gente sofrer, então é importante falar disso, é importante fazer terapia, porque o sofrimento do outro ele vai incomodar a gente e chegar num ponto que o sofrimento não mexe comigo de forma nenhuma eu também considero algo muito perigoso, de estar totalmente alheio, é preciso um equilíbrio e isso é através do cuidado mesmo né!** (Amarílis)*

“(...) a gente percebe que o nosso emocional fica abalado né! Às vezes é muita coisa, a gente não consegue desligar do atendimento, a gente fica preocupada, o que a gente pode fazer para melhorar aquela questão do usuário, para ajudar, o que mais a gente pode fazer, as vezes a gente fica preocupado mesmo, fica ansioso, leva para casa os problemas, as vezes não consegue desligar (...) Quando eu falo que às vezes o nosso emocional fica abalado é porque a gente fica muito preocupada com o paciente, com o que ele pode fazer, fica até ansiosa (...)” (Bromélia).

Dejours, Abdoucheli e Jayet (2010) declaram que a dinâmica do sofrimento psíquico caracteriza um “estado de luta” do sujeito contra as forças que levam para o desenvolvimento da doença mental. Quando o sofrimento se transforma em um obstáculo ao confronto do sujeito com a organização do trabalho, isto é, no momento em que todas as suas possibilidades de adaptação e ajustamento já foram utilizadas, *ocorrem sintomas físicos como a insônia, dor de estômago, diarreia, entre outros e também fadiga*, resultantes da impossibilidade de harmonia entre o trabalhador e seu trabalho, como exemplificam os relatos a seguir:

“já tive questões é... de ansiedade de ficar muito nervosa e passar mal do estômago; então, já peguei atestado nesse sentido devido a dor forte no estomago, devido a diarreia, que pra mim está muito associada com ansiedade (...)” (Amarilis).

“[é com relação ao] que a gente tem de melhor para oferecer para esse paciente, aí a gente fica preocupada mesmo, perde o sono, porque o que a gente quer é atender mesmo esse paciente” (Bromélia).

“Dentro do CAPS a parte mais difícil é a angustia de tá proporcionando um atendimento adequado no momento dele ter um projeto, pensando nos cuidados (...), todos trabalham muito e não têm tempo para discutir os casos, às vezes os casos precisam ser discutidos na hora e não tem como, é isso” (Estrelícia).

A fala acima reforça a colocação de Ramminger e Brito (2011, p. 95) sobre a especificidade do trabalho no CAPS, que exige criatividade e inventividade, em um “uso exacerbado de si”. Note-se que criar um projeto terapêutico, que realmente trace cuidados adequados e auxilie o usuário no seu cotidiano, ao mesmo tempo em que gera sofrimento é também um dos fatores que gera prazer no trabalho, como mostra a fala abaixo:

“(...) porque a todo o momento a gente está lidando com a instabilidade (...), porque acaba gerando esse desgaste, é prazeroso por um lado, entretanto a gente sabe que vem o desgaste que é natural das próprias relações estabelecidas (...)” (Cattleya).

Desse modo, a crise do paciente que é um fator ansiogênico no trabalho – por conta da instabilidade e incerteza dos quadros psicóticos – pode ser fator de prazer e satisfação para o trabalhador, quando ele pode auxiliar o paciente no momento da crise e com o tempo, ajudá-lo a retomar sua vida, seu cotidiano, seu trabalho e relações

familiares, tendo a possibilidade de conduzi-lo na conquista dos seus direitos, portanto, poder cuidar e ajudar o paciente é gratificante, como ilustram as falas a seguir:

“(...) quando a gente trabalha com um paciente, ele (...) chega em crise, ele chega mal, agitado muitas vezes muito rebaixado enfim, e dali alguns meses, a gente consegue trabalhar com esse paciente, a equipe toda, ele sai bem, ele sai voltando pra vida, voltando pro trabalho, voltando pra família de uma forma estável isso é muito recompensador, e uma das maiores coisas que me motiva é justamente os usuários(...) acho que isso é um trabalho muito, muito bonito mesmo, então é o que mais me faz vir trabalhar mas me faz estar aqui nesse serviço nesse espaço” (Amarílis).

“Poder saber que a gente pode ajudar a pessoa um pouco né, nos seus direitos e nos seus deveres no que ele pode correr atrás, é muito gratificante” (Bromélia).

Soma-se aos fatores de satisfação e prazer no trabalho a questão da ligação afetiva com o trabalho, ou seja, laborar naquilo o que gosta, o que o torna o trabalho fonte de sublimação, o destino pulsional mais elevado e fundamental para saúde mental, como nos alertou Freud (1930), dessa importância do trabalho como um instrumento que o homem criou para lidar com seu desamparo e viver em sociedade (MENEZES, 2012). Note-se as falas a seguir:

“(...) foi uma opção vir pro CAPS em função de uma identificação com o trabalho, com o paciente de saúde mental é, em crise, então tem dez anos que estou no CAPS, eu vim por opção mesmo” (Cattleya).

“(...) desde que eu formei, minha intenção era trabalhar na área clínica (...) quando veio o concurso para trabalhar eu já fiquei assim..., empolga de fazer, porque era área que eu queria trabalhar, (...) trabalhei no antigo NAPS, Núcleo de Atenção Psicossocial e vim encaminhada pra cá, porque o CAPS ia iniciar mais ou menos em 2002” (Estrelícia).

“(...) aí eu deixei bem claro pra a coordenação que se houvesse vaga né, eu tinha interesse de ir para um CAPS e foi quando aconteceu na volta da minha licença maternidade, a oportunidade de vir trabalhar em CAPS” (Hortência).

“Para mim é muito gratificante é um trabalho que eu gosto de fazer (...). Eu gosto muito eu mim sinto bem, claro que tem as suas dificuldades como em todo lugar, só que eu gosto muito do ambiente de trabalho, gosto dos colegas, a gente é respeitada essa parte eu gosto” (Bromélia).

A valorização do trabalho apresenta-se por meio do prazer e da honra de elaborar um cuidado individualizado com o objetivo de aprimorar a identidade de um trabalhador que tem livre arbítrio para remodelar o seu modo operatório (GLANZNER; OLSCHOWSKY; KANTORSKI, 2011).

Essa relação afetiva observada entre os entrevistados e o trabalho no CAPS recorda um dos pontos da teoria de Dejours (2011): a construção da identidade. Esse conceito embasa-se em um processo que se desenvolve ao longo de toda a vida do sujeito e nunca está finalizado. São as relações cotidianas que permitem a construção da identidade e o trabalho aparece como o mediador central dessa construção, do desenvolvimento, da complementação da identidade e da constituição da vida psíquica (LANCMAN, 2008). Os textuais a seguir ilustram estas questões:

“Ah é muito importante, se eu for separar assim, vários fatores da minha vida, família, trabalho, eh, vamos supor religião, eu acho que o trabalho ele tem um papel primordial, eu acho ele muito importante, e assim, a gente não é só trabalho, mas ele é uma das coisas que faço com muito amor, que acho que ele é uma das coisas mais importante que o ser humano possui” (Estrelícia).

“Eu não consigo me ver fazendo outra coisa senão o que faço, (...) amo o que eu faço, poder escutar as pessoas e poder ajudar as pessoas a pensar a pensar, repensar sobre a sua vida sobre aquilo que causa sofrimento, adoecimento (...) poder acolher essa demanda desses pacientes né, e poder escutar isso, isso me faz ser melhor enquanto ser humano, enxergar as pessoas de uma forma mais humanizadas... eu acho que pra mim é fundamental, o que eu faço, o significado disso pra mim vai muito além do meu trabalho, mas poder socializar com as pessoas, próximo das pessoas de poder ter um convívio social melhor, além de poder ajudar essas pessoas que estão adoecidas” (Hortência).

“Eu me realizo muito no que eu faço, eu gosto de me sentir útil. Eu fazendo alguma coisa para o próximo eu acho que estou me realizando, então eu gosto muito” (Dália).

“É um trabalho que eu gosto, eu acredito nesse trabalho, a reforma psiquiátrica, acho que ela veio pra contribuir com essa mudança de paradigma de não ser um depósito de pessoas, entretanto ela traz essa diversificação que produz outros efeitos sobre o profissional e sobre o paciente, acho que ganhos aconteceram de todos os lados, tanto do profissional, quanto dos pacientes, nas formas de tratamento (...) (Cattleya).

Reconhecer a existência de fatores que causam realização e prazer no trabalho são essenciais para que prevaleça o sofrimento criativo, uma vez que para Dejours

(2011) e Glanzner, Olschowsky e Kantorski (2011) esse sofrimento possibilita que o trabalhador deslanche, crie soluções favoráveis para sua vida e saúde, além de contribuir com a organização do trabalho.

As estratégias de defesa são entendidas como uma forma de recusa do trabalhador ao sofrimento, sendo uma forma de buscar modificar, transformar e minimizar sua percepção da realidade que o faz sofrer (MENDES,1995; DEJOURS, 2011). Nesse sentido, as defesas que os trabalhadores utilizam para enfrentar o sofrimento em virtude das pressões da organização do trabalho no CAPS, referem-se ao afastamento temporário do trabalho, por meio de atestado médico, e o cuidado com o cuidador, ou seja, consigo mesmo, principalmente, pela terapia, como espaço de fala para ressignificação do sofrimento e tratamento dos impasses da transferência, como mostram os trechos abaixo:

“(...) já cogitei também ir ao psiquiatra um dia que eu estava muito ansiosa né! Frente ao trabalho, mas não fui, enfrentei e acabei vindo trabalhar, já cogitei ir no psiquiatra duas vezes pra solicitar afastamento mesmo para pedir atestado, não só, por outras questões, mas esta questão da ansiedade, já estive muito ansiosa já cheguei a vir trabalhar muito ansiosa, então já vim trabalhar sentindo mal, mas afastamento mesmo teve esse de 15 dias devido uma agressão” (Amarílis).

“(...) é importante o profissional se cuidar também, porque de um lado... a gente busca promover saúde, a gente precisa se preocupar com a própria saúde, precisa ter alguém que cuide de quem cuida” (Amarílis).

“(...) porque pra vir para um espaço de trabalho para adoecer não é o ideal, precisa muito cuidado para não se permitir ser atravessado por essas questões do usuário por coisas que eles vão trazendo que mexe com a história da gente, mexe com nosso íntimo, e que vai causando algumas coisas assim alguns adoecimentos e a gente percebe que muitas pessoas não conseguem fazer isso, não consegue fazer essa separação o que é meu, o que é do outro e acaba adoecendo, então precisa haver um cuidado com quem cuida, senão a instituição está fadada ao fracasso, uma instituição que se propõe a promover saúde mental e adoecem seus funcionários do meu ponto de vista ela fracassou enquanto instituição enquanto unidade de saúde e de cuidado. Então o mais difícil é isso, separar o que é do outro, porque nós somos humanos, então essa é a parte que eu falo que eu falo difícil” (Amarílis).

“Porque é adoecedor entrar em contato com o sofrimento do outro, é complicado. Então, a maior forma de cuidado é mesmo a terapia (...) e a gente ficar bem e investir nisso... se é terapia, se é atividade física, se é uma alimentação regular, que seja, os cuidados de uma

forma biopsicossocial a gente precisa se cuidar para cuidar do outro, se não é possível... não existe uma maneira de fazer isso: cuidar do outro e esquecer de si“ (Amarilis).

No contexto dos relatos anteriores, é preciso lembrar os aspectos relativos às reivindicações dos trabalhadores de saúde mental, desde o relatório gerado pela terceira Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, como a necessidade de receber cuidados da instituição, abordada anteriormente, e de supervisão clínica e institucional:

a capacitação/qualificação continuada e garantia de trabalho; a remuneração justa e planos de cargos, carreira e salários; a democratização das relações e condições do debate em todos os níveis de gestão, incluindo momentos de planejamento, implantação e avaliação; a garantia de supervisão clínica e institucional; a avaliação de desempenho e garantia da jornada de trabalho adequada para todos os profissionais de nível superior; o desenvolvimento de estratégias específicas para acompanhar e tratar da saúde mental dos trabalhadores de saúde; a criação de programas de saúde mental no âmbito da administração municipal para funcionários e servidores em sofrimento psíquico (BRASIL, 2002, p. 70).

Ainda com relação ao tema acima, os profissionais do CAPS dizem que receber alguma bonificação, como uma aposentadoria diferenciada ou mudar a jornada de trabalho poderia se tornar um reconhecimento do trabalho, conforme Dejours (1993, 1990), uma retribuição simbólica que assume uma forma específica: o reconhecimento (social), como sublinha o relato a baixo:

“(...) eu acredito que 4 horas [de trabalho por dia] ... se não fosse 4 horas, que tivesse duas férias por ano, porque o mental, ele exige muito da gente” (Estrelícia).

Entretanto, a falta de reconhecimento contribui para o processo de sofrimento do trabalhador, podendo levar ao adoecimento (DEJOURS, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como proposta geral investigar o processo de trabalho de um CAPS e, em consequência disso, especialmente buscou-se delinear o ambiente e as condições de trabalho, assim como analisar a organização do processo produtivo, procurando investigar possíveis aspectos que influenciam o processo saúde-doença dos trabalhadores do CAPS, em especial o sofrimento psíquico. Para tanto, procurou-se estabelecer um diálogo na interface da Saúde do Trabalhador com a saúde mental, com foco nas relações entre trabalho, saúde e subjetividade.

A análise do ambiente e das condições de trabalho no CAPS demonstrou que a edificação é adaptada e improvisada, caracterizando uma estrutura física inadequada, assim como os materiais são insuficientes para o desenvolvimento das atividades propostas, sendo problemas enfrentados pelos trabalhadores de saúde mental do CAPS, que precisam constantemente se adequar e se submeter a condições precárias de trabalho, o que provoca angústia e insatisfação e denota fator de desgaste mental. Este quadro corrobora nossa hipótese de que *as condições e o ambiente de trabalho no CAPS, em especial, a edificação adaptada e improvisada dificulta consideravelmente a operacionalização das tarefas, o que afeta de forma desfavorável a organização do processo de trabalho, gerando insatisfação e sofrimento nos trabalhadores*. Os trabalhadores estão expostos a: 1) *riscos físicos*, por ventilação e iluminação inadequadas, gerando aumento de calor e temperatura, podendo provocar fadiga, problemas visuais e aumentar os riscos de acidente, além de irritação, cansaço, variações da pressão, variações da pulsação, podendo gerar irritabilidade, fraqueza, dores de cabeça, tonturas, náuseas, depressão, ansiedade e incapacidade para concentrar, desidratação, por exposição, mesmo que em parte do dia, ao sol e ao calor; e, por exposição ao frio, sensação aguda de pontada, adormecimento e hipotermia, pela exposição ao vento e à umidade e, soma-se a isso que as condições de saúde dos trabalhadores podem piorar os efeitos do frio, como alergias, problemas vasculares, fumo, bebidas alcoólicas e utilização de certos medicamentos; 2) *riscos biomecânicos*, pela adoção de posturas inadequadas e movimentos repetitivos, podendo ocasionar dores, problemas de coluna e lesões físicas e 3) *riscos de acidente*, por queda das lâmpadas; por choque elétrico, incêndio e explosão; por agressão física em situações de atendimento de usuários com agitação psicomotora.

A análise do processo de trabalho no CAPS demonstrou que o trabalhador está exposto aos seguintes riscos de agravos à saúde: 1) *Riscos de acidentes*: por agressão de usuários em crise, podendo gerar lesões corporais, contusões e traumatismos; 2) *Riscos biomecânicos*: por adoção de posturas inadequadas pela permanência prolongada sentado em cadeiras inadequadas, o que pode gerar dores, problemas de coluna e lesões físicas e 3) *Riscos para saúde mental*, derivados da organização do trabalho como: jornada de trabalho excessiva e dimensionamento inadequado de pessoal que interferem no processo de trabalho, em especial, no modo operatório das tarefas, provocando alterações no ritmo de trabalho e na carga de trabalho, gerando sobrecarga e pressões, além do cotidiano conflituoso relativo a própria natureza do trabalho com usuário em crise, assim como a falta de estrutura física e material podem ocasionar sofrimento psíquico, fadiga, estresse, irritabilidade, ansiedade, angústia, insônia, alterações de comportamento e transtornos mentais.

O quadro encontrado caracteriza o processo de desgaste dos trabalhadores de saúde mental do CAPS, em particular, o desgaste mental (SELIGMANN-SILVA, 2011), assim como denuncia as condições de possibilidade para o desenvolvimento do sofrimento patogênico, conforme aponta Dejours (2011), que a distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real promove quando todas as possibilidades de adaptação já foram utilizadas e ocorre a fadiga, resultante da impossibilidade de harmonia entre o trabalhador e seu trabalho.

Apesar das vivências de desprazer e sofrimento no trabalho do CAPS, os trabalhadores também experimentam prazer, sentem-se úteis, com boa interação junto aos demais membros da equipe de trabalho e com a chefia, reconhecidos e dignos nas atividades que realizam; gostam do que fazem, o que pode converter o trabalho em fonte de prazer e de sublimação (FREUD, 1930; DEJOURS, 2011) e, desse modo, o trabalhador pode transformar o sofrimento em sofrimento criativo.

Frente à complexidade apresentada, é necessário reorganizar o processo de trabalho no CAPS, com o objetivo de extinguir ou quando não é possível, pelo menos diminuir os riscos de agravos advindos do ambiente, das condições e do processo de trabalho nocivos à saúde, restabelecendo a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, em especial, a saúde mental. Pretendemos fazer uma reunião no CAPS para apresentar os resultados desta pesquisa com sugestões de replanejamento do trabalho.

Dentre as propostas de replanejamento do trabalho no CAPS, sugerimos novo dimensionamento de pessoal, com expansão do quadro de funcionários com a contratação de pelo menos quatro trabalhadores: dois auxiliares administrativos, um para o turno da manhã e outro para a tarde, além de um auxiliar de serviços gerais e um trabalhador para a vigilância. Outro ponto diz respeito às mudanças na programação das reuniões mensais com a equipe do CAPS, de modo a criar uma reunião para discutir o contexto do trabalho no CAPS (ambiente, condições e organização do trabalho), criando assim um espaço de fala para o trabalhador, como sugere Dejours (2011), um espaço público construído pelos próprios trabalhadores de modo a que possam partilhar a cooperação, a confiança e regras comuns, representando, portanto, a expressão coletiva do sofrimento e da busca de mecanismos de transformação para a situação atual vivida.

Outro aspecto é a necessidade de que seja disponibilizada uma construção com toda infraestrutura que um CAPS exige para seu funcionamento. Enquanto não se cria um espaço próprio, seria importante a adequação do local onde são realizadas as oficinas. Além disso, as salas de atendimento multidisciplinar precisam ser mais bem equipadas, reformadas e com manutenção constante, bem como sua utilização deve ser reorganizada, de modo que as salas possam ser utilizadas por qualquer profissional, seja para atendimentos aos familiares, seja para discussão de casos ou mesmo reuniões de equipe.

Vale ressaltar, por fim, que os trabalhadores da saúde mental merecem receber mais atenção do poder público, notadamente no tocante às condições físicas dos locais de trabalho (CAPS). Certamente com melhores condições de trabalho os trabalhadores, além de desenvolverem de maneira mais prazerosa suas atividades, terão uma melhor qualidade de vida, restabelecendo a promoção e a proteção de sua saúde dos trabalhadores, em especial, a saúde mental.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, jul./set. 1995.
- ANJOS FILHO, N. C.; SOUZA, A. M. P. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Interface [online]**, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 63-76, 2017.
- ANTUNES, R. **O caracol e sua concha**: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho. São Paulo: Bomtempo, 2005.
- _____. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Bomtempo, 2007.
- _____.; ALVES, G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 25, n. 87, p. 335-351, maio/ago. 2004.
- ATHAYDEI, V.; HENNINGTON, E. A. A saúde mental dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 983-1001, 2012.
- AZEVEDO, D. M. de *et al.* Avaliação da assistência em saúde num centro de atenção psicossocial na perspectiva dos profissionais. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 16, n. 2, p. 109-116, 2014.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: LDA, 2009.
- BATISTA, M. D. G. Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. **Revista de Ciências Sociais**, Fortaleza, n. 40, p. 391-404, 2014.
- BERNARDES, A. G.; GUARESCHI, N. M. F. Trabalhadores da saúde mental: cuidados de si e formas de subjetivação. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 81-101, 2004.
<https://doi.org/10.1590/S0103-65642004000200005>
- BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de lei 3.657/1989**. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Brasília: Câmara dos Deputados. 1991.
- _____. Senado Federal. **Lei 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3., Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. **Relatório final da III**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213p.

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

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Avaliação dos hospitais psiquiátricos no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados**. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CAMPOS, C. M. S.; SOARES, C. B. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 621-628, 2003.

CAMPOS, G W S. Equipes de referencias e apoio especializado matricial: um ensaio sobre reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & saúde coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CASTRO, S. A. **Caracterização sociodemográfica e clínica das reinternações psiquiátricas no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto no período de 2006 a 2007**. 2009. 90 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

CONSTITUIÇÃO da Organização Mundial da Saúde. In: BIBLIOTECA Virtual de Direitos Humanos da Universidade de São Paulo. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3oMundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-daorganizacao-mundial-da-saudeomswho.html>>. Acesso em: 13 out. 2017.

DEJOURS, C. Prefácio. In: MENDES, A. M. **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007, p. 19-22.

_____. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

_____. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1992.

- _____. **O fator humano**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1997.
- _____. Por um novo conceito de saúde. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, São Paulo, v. 14, n. 54, p. 7–11, abr./jun., 1986.
- _____. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 27-34, set./dez. 2004.
- _____. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT, J. F. (Org.). **O indivíduo nas organizações dimensões esquecidas**. São Paulo: Atlas, 1993. p. 149-173.
- _____; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. (Org.). **Psicodinâmica do trabalho**. São Paulo: Atlas, 2010.
- DIEESE. **A reforma trabalhista e os impactos para a relação do trabalho no Brasil**. Disponível em: <<https://www.dieese.org.br/notatecnica/2017/notaTec178reformaTrabalhista.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2017.
- FILIZOLA, C. L. A.; MILIONI, D. B.; PAVARINI, S. C. I. A vivência dos trabalhadores de um CAPS diante da nova organização do trabalho em equipe. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [on-line], Goiânia, v. 10, n. 2, p. 491-503, 2008.
- FONTANELLA, Bruno Jose Barcellos et al. Amostragem em pesquisas qualitativas. **Saúde Pública** [online], 2011, v. 27, n. 2, p. 388-394. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>
- FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Média**. São Paulo: Perspectiva, 2010.
- FRAYZE-PEREIRA, J. A. **O que é loucura**. São Paulo: Brasiliense, 1994.
- FREUD, S. **A interpretação dos sonhos**. v. 5. ESB, Rio de Janeiro: Imago, 1996[1900].
- _____. **Análise do ego**. Rio de Janeiro: Imago, 1996[1923].
- _____. **O mal-estar da civilização**. Rio de Janeiro: Imago, 1996[1930].
- _____. **Psicologia das massas e análise do ego**. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund. Rio de Janeiro: Imago, 1996[1921].
- GAULEJAC, V. de. **Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social**. Aparecida: Ideias & Letras, 2007.
- GLANZNER, C. H.; OLSCHOWSKY, A.; KANTORSKI, L. P. O trabalho como fonte de prazer: avaliação da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 716-721, jun. 2011.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 48–55, mar./abr. 2001. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692001000200007>

GONZAGA, P. S. **Análise da atividade em um Centro de Atenção Psicossocial**. 2015. 120 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

LACAZ, F. A. C. L. O campo da saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 757-766, 2007.

LANCMAN, S. O mundo do trabalho e a psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Org.). **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 25-36.

_____; SZNELMAN, L. I. (Org.). **Christophe Dejours: da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Brasília: Paralelo 15, 2005.

LAURELL, A. A saúde-doença como processo social. **Revista Latino-americana de Salud**, v. 2, p. 7-25, 1982.

_____; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.

MARTINHAGO, F.; OLIVEIRA, W. F. A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 583–594, out./dez. 2012.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política: livro 1: o processo de produção do capital** (tradução de Rubes Enderle). São Paulo: Boitempo, 2013.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25: p. 341–349, 1991. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101991000500003>

MENDES, A. M. B. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 15, n. 1-3, p. 34-38, 1995. <https://doi.org/10.1590/S1414-98931995000100009>

_____. **Trabalho e saúde: o sujeito entre emancipação e servidão**. Curitiba: Juruá, 2008.

MENEZES, L. S. **Psicanálise e saúde do trabalhador: nos rastros da precarização do trabalho**. São Paulo: Psi Primavera, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

_____. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. **A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1997.

MONTEIRO, E. M. As sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DA ASSOCIAÇÃO LATINO-AMERICANA DE SOCIOLOGIA, 28., 2011, Recife. **Anais...**, Recife: PE, 2011.

MONTENEGRO, D. M. Reestruturação produtiva, neoliberalismo e crise: precarização do trabalho e informalidade no Brasil: In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS – Questão social e desenvolvimento no século 21., 2007, **Programação geral...**, 2007. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/IIIJORNADAPOLITICASPUBLI CAS2007.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2017.

NEHEME, Z. Entre o trabalho, a loucura e a doença: um olhar para a saúde. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 4, n. 1, p. 121-129, 2011.

NUNES, C. K. et al. O processo de trabalho num centro de atenção psicossocial infanto-juvenil. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 12, p. 65-70, 2014.

PAPPARELLI, R. **Desgaste mental do professor da rede pública de ensino: trabalho sem sentido sob a política de regularização de fluxo escolar**. 2009. Tese (doutorado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

_____; SATO, L.; OLIVEIRA, F. A saúde mental relacionada ao trabalho e os desafios aos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 36, n. 123, p. 118–127, 2011.
<https://doi.org/10.1590/S0303-76572011000100011>

PINHO, L. B., HERNÁNDEZ, A. M. B., KANTORSKI, L. P. Trabalhadores em saúde mental: contradições e desafios no contexto da reforma psiquiátrica. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 260-267, 2010.

RAMMINGER, T.; BRITO, J. C. “Cada CAPS é um CAPS”: uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. **Psicologia e Sociedade (Online)**, Belo Horizonte, v. 23, n. esp., p. 150-160, 2011.

RODRIGUES, C. R.; FIGUEIREDO, M. A. C. Concepções sobre a doença mental em profissionais, usuários e seus familiares. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 8, n. 1, p. 117-125, 2003.
<https://doi.org/10.1590/S1413-294X2003000100013>

SELIGMANN-SILVA, Edith et al. O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, n. 122, 2010.

SILVA, E. A.; COSTA, I. I. O profissional de referência em saúde mental: das responsabilizações ao sofrimento psíquico. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 635-647, 2010. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142010000400007>

SIMÕES, C. H. D.; FERNANDES, R. A.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. O profissional de saúde mental na reforma psiquiátrica. **Estudos de Psicologia** [online], Campinas, v. 30, n. 2, p. 275-282, 2013.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59,

UBERLÂNDIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Ações em Saúde Mental**, Secretária Municipal de Saúde: Uberlândia, 2002.

VERA, L. C. R. G. **A aplicação dos elementos de meio ambiente do trabalho: equilibrado como fator de desenvolvimento humano**. 2009. 126 p. Dissertação (Mestrado em Organizações e Desenvolvimento) – Centro Universitário Franciscano, Curitiba.

APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO –**CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA**

1. Código _____ **Idade:** _____

2. Gênero () Masculino () Feminino

3. Estado Civil: () Solteiro () Em união (casado/união estável/etc.) ()

Separado/ Divorciado () Viúvo

4. Há quanto tempo desenvolve suas funções em CAPS?

() de 01 a 02 anos

() de 02 a 04 anos

() acima de 05 anos

() acima de 10 anos

5. Qual sua carga horária diária? () 4h () 6h () 8h () outra

6. Atua em outras instituições?

() Sim - Qual? _____ Há quanto tempo? _____

APÊNDICE 2 - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. Como você chegou aqui no CAPS para trabalhar? Conte-me sua história.

2. Conte-me sobre um dia de trabalho

Aspectos a serem explorados:

a. Investigação da organização do processo produtivo e condições de trabalho

b. Jornada de trabalho

c. Ritmo de trabalho

d. Atividades desenvolvidas

e. Divisão de tarefas

f. Cargas de trabalho envolvidas

g. Relacionamento interpessoal (colegas e chefia)

h. Estrutura física disponível (ambiente de trabalho)

i. Afastamentos, atestados, licenças

j. Motivações no trabalho

3. Qual o significado do seu trabalho para você?

4. Se você pudesse mudar o seu trabalho, como seria?

5. Você gostaria de dizer mais alguma coisa?

APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada *Sobre o processo de trabalho em saúde mental: um estudo com trabalhadores de CAPS*, sob a responsabilidade dos pesquisadores Lucianne Sant’Anna de Menezes e Celeide Silva Barcelos Araújo.

A pesquisa busca estudar o processo de trabalho de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Uberlândia, MG, compreendendo a organização do processo produtivo e os possíveis aspectos que possam influenciar na saúde desses trabalhadores. Espera-se que os resultados do estudo possam contribuir para o planejamento de ações que promovam a melhoria das condições de trabalho e prevenção de riscos e agravos à saúde desses profissionais.

Este “termo de consentimento livre e esclarecido” será obtido pela pesquisadora Celeide Silva Barcelos Araújo, antes da coleta de dados e na própria instituição CAPS. Na sua participação, você será submetido a uma entrevista individual semiestruturada, à aplicação de questionário sociodemográfico e será observado em um dia de trabalho.

As entrevistas, após ser gravadas, serão transcritas na íntegra e destruídas após transcrição. Os riscos relacionados à pesquisa são mínimos e estão relacionados com a possibilidade de sua identificação. Mas medidas serão sendo tomadas para preservar seu sigilo, como a retirada do seu nome de todos os materiais de coleta de informações. Além disso, os pesquisadores se comprometem com o sigilo da pesquisa. Os resultados serão publicados e mesmo assim a identidade dos participantes será preservada. A investigação será suspensa de imediato caso você não queira participar ou parar de responder.

Esta pesquisa tem como benefícios a promoção e prevenção de riscos e agravos à saúde dos trabalhadores da área de saúde mental e à semelhança para os demais profissionais do CAPS. A partir deste estudo, será possível propor medidas de prevenção de riscos e agravos à saúde do trabalhador, além de melhorar a qualidade no atendimento ao usuário do serviço de saúde mental.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você. Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com Celeide Silva Barcelos Araújo por fone (34 3232 4466) ou no CAPS (rua Ivaldo Alves Nascimento, 1.222) e com a doutora Lucianne Sant’Anna de Menezes, na sala 21 do bloco 2C do campus Umuarama, Instituto de Psicologia. Pode também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia: av. João Naves de Ávila, 2121, bloco A sala 224, campus Santa Mônica, Uberlândia, MG, CEP: 38408-100; fone: 34 3239 4131. O comitê é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes

das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, dede 201.....

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa

ANEXO 1 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

  
PARECER-CONSUBSTANCIADO-DO-CEP
DADOS-DO-PROJETO-DE-PESQUISA
Título-da-Pesquisa: SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO COM TRABALHADORES DE CAPS
Pesquisador: Lucianne Sant'Anna de Menezes
Área Temática:
Versão: 3
CAAE: 63921316.0.0000.5152
Instituição-PropONENTE: Instituto de Geografia
Patrocinador-Principal: Financiamento Próprio
DADOS-DO-PARECER
Número-do-Parecer: 2.126.041
Apresentação-do-Projeto:
Trata-se de análise de respostas às pendências apontadas no parecer consubstanciado número 2.088.835, de 29 de Maio de 2017.
Conforme apresenta o protocolo:
<p>O projeto tem como proposta/objetivo primário estudar o processo de trabalho em saúde mental em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Uberlândia (MG), compreendendo a organização do processo produtivo dos trabalhadores e os possíveis aspectos que possam influenciar o processo saúde-doença desses trabalhadores.</p> <p>O projeto parte da hipótese de a dinâmica do trabalho em um CAPS, associada às novas relações entre trabalhadores e usuários, influencia no processo saúde-doença dos trabalhadores e gera sofrimento patológico. A pesquisa será realizada com trabalhadores de um CAPS de Uberlândia (MG), que compõe um universo de 25 profissionais. A amostra será de aproximadamente quatro trabalhadores, sendo</p>
Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121 - Bloco 1A, sala 224 - Campus São Mônica Bairro: Santa Mônica CEP: 38408-144 UF: MG Município: UBERLÂNDIA Telefone: (34) 3229-4121 Fax: (34) 3229-4325 E-mail: cep@gepp.ufu.br



Continuação do Parecer: 2.126.041¶

¶ CAPS em geral ¶

¶ **Comentários e considerações sobre a pesquisa:**¶

A pesquisa visa a investigar o funcionamento das oficinas terapêuticas nos CAPS segundo a percepção de profissionais responsáveis pela coordenação dessa prática. ¶

¶ Considerando que os riscos para os participantes da pesquisa são mínimos e os benefícios importantes, a pesquisa pode, de fato, contribuir para promoção, a prevenção de riscos e os agravos à saúde dos trabalhadores do CAPS de Uberlândia e a semelhança desses aspectos para os funcionários de CAPS em geral. ¶

¶ A pesquisa é estruturada, coerente e factível. ¶

¶ **Considerações sobre os termos de apresentação obrigatória:**¶

¶ Entregues e adequados. ¶

¶ Sobre o TCLE, considerando que os participantes da pesquisa são profissionais envolvidos na área de estudo, a linguagem está adequada ao perfil do participante a ser recrutado. ¶

¶ **Recomendações:**¶

¶ Não há. ¶

¶ **Conclusões ou pendências e lista de inadequações:**¶

¶ As pendências apontadas no parecer consubstanciado número 2.088.835, de 29 de Maio de 2017, foram atendidas. ¶

¶ De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto. ¶

¶ O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas. ¶

¶ **Considerações finais a critério do CEP:**¶

¶ **Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: Janeiro de 2018.**¶

Endereço: Av. João Neves da Silva 2121 - Bloco 11A - Sala 224 - Campus São Wlton¶

Bairro: Santa Mônica¶

CEP: 38.408-140¶

UF: MG¶

Município: UBERLÂNDIA¶

Telefone: (34) 3239-4131¶

Fax: (34) 3239-4335¶

E-mail: cep@propp.ufu.br¶



Continuação do Parecer: 2.126.041¶

¶ Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:¶

Tipo Documento¶	Arquivo¶	Postagem¶	Autor¶	Situação¶
Informações¶	PB INFORMAÇÕES BASICAS DO P¶	31/05/2017¶	¶	Aceito¶
Básicas do Projeto¶	ETO 809618.pdf¶	19:37:32¶	¶	Aceito¶
Projeto Detalhado -¶ Brochura - Investigador¶	Projeto Plataforma Bra sil v3.pdf¶	31/05/2017¶ 19:36:46¶	CELEIDE-SILVA¶ BARCELOS- ARAÚJO¶	Aceito¶
Recurso Anexado¶ pelo Pesquisador¶	Resposta CEP v2 defi nitivo.pdf¶	31/05/2017¶ 19:36:31¶	CELEIDE-SILVA¶ BARCELOS¶	Aceito¶
Outros¶	Instrumento ColetaA v 2.pdf¶	04/04/2017¶ 22:16:49¶	CELEIDE-SILVA¶ BARCELOS¶	Aceito¶
Outros¶	Curriculodospesquisado res.pdf¶	20/01/2017¶ 11:23:28¶	CELEIDE-SILVA¶ BARCELOS¶	Aceito¶
Declaração de¶ Pesquisadores¶	Termodecompromissoda equipeexecutor¶ a.pdf¶	19/01/2017¶ 15:14:34¶	CELEIDE-SILVA¶ BARCELOS¶	Aceito¶
Folha de Rosto¶	Folhadero.sto.pdf¶	19/01/2017¶ 15:08:57¶	CELEIDE-SILVA¶ BARCELOS¶	Aceito¶
Outros¶	Instrumento ColetaB C aracteriza.pdf¶	19/01/2017¶ 15:07:29¶	CELEIDE-SILVA¶ BARCELOS¶	Aceito¶
TCLE -/ Termos de Assentimento -/ Justificativa de¶ Ausência¶	TCLE Celeida.pdf¶	19/01/2017¶ 15:06:16¶	CELEIDE- SILVA- BARCELOS- ARAÚJO¶	Aceito¶
Declaração de¶ Instituição e Infraestrutura¶	Instituicao CoParticipar te.pdf¶	19/01/2017¶ 15:05:59¶	CELEIDE-SILVA¶ BARCELOS- ARAÚJO¶	Aceito¶

¶ Situação do Parecer:¶
Aprovado¶

Necessita Apreciação da CONEP:¶

Não¶

UBERLÂNDIA, 19 de Junho de 2017¶

Assinado por:¶
Sandra Terezinha de Farias
Furtado (Coordenador)¶

Endereço: Av. João Neves de Ávila 2121 - Bloco "1A", sala 224 - Campus São Moisés
Bairro: Santa Mônica¶ CEP: 38.408-144
UF: MG¶ Município: UBERLÂNDIA¶
Telefone: (34)3229-4131¶ Fax: (34)3229-4335¶ e-mail: cep@propp.ufu.br¶