



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
SAÚDE, AMBIENTE E TRABALHO



**TRABALHO EM SAÚDE MENTAL NOS CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL DE SALVADOR: PROCESSO LABORAL E A SAÚDE
DOS TRABALHADORES**

Maria de Fátima Prates Knoke

Dissertação de Mestrado

Salvador (Bahia), 2011

Ficha catalográfica.
Universidade Federal da Bahia - Faculdade de Medicina da Bahia – Biblioteca

Knoke, Maria de Fátima Prates.

K72t Trabalho em saúde mental nos centros de atenção psicossocial de salvador: processo laboral e a saúde dos trabalhadores. / Maria de Fátima Prates Knoke. – Salvador, 2011. x, 75 f.

Orientador: Profa. Dra. Tânia Maria de Araújo
Dissertação (Mestre) Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia. Curso de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho.

1. Saúde Mental. 2. Serviços de Saúde Mental. 3. Trabalho. 3. Saúde do Trabalhador. I. Universidade Federal da Bahia. II. Faculdade de Medicina da Bahia. III. Título.

CDU: 616-057(043.3)



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
SAÚDE, AMBIENTE E TRABALHO



**TRABALHO EM SAÚDE MENTAL NOS CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL DE SALVADOR: PROCESSO LABORAL E A SAÚDE
DOS TRABALHADORES**

Maria de Fátima Prates Knoke

Dissertação apresentada ao Colegiado do Curso de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, como pré-requisito obrigatório para a obtenção do grau de Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho.

Professora-orientadora: Tânia Maria de Araújo

Salvador (Bahia), 2011

MARIA DE FÁTIMA PRATES KNOKE

**TRABALHO EM SAÚDE MENTAL NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
EM SALVADOR: PROCESSO LABORAL E A SAÚDE DOS TRABALHADORES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho.

Data da defesa: 12 de agosto de 2011

Banca examinadora

Profa. Dra. Tânia Maria de Araújo – Orientadora
Instituição: UEFS/MSAT/ Faculdade de Medicina

Prfa. Dra. Ana Maria Fernandes Pitta
Instituição: Universidade Federal da Bahia

Profa. Dra. Thereza Christina Coelho
Instituição: Universidade Estadual de Feira de Santana

Instituições Participantes

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

- Faculdade de Medicina da Bahia.
- Mestrado Saúde, Ambiente e Trabalho.
- Secretaria Municipal de Saúde (COAPS/SAÚDE MENTAL).

AGRADECIMENTOS

À Professora Dra. Tânia Araújo, minha orientadora, imprescindível para a realização deste trabalho.

À Professora Dra. Rita Fernandes e ao Professor Dr. Fernando Carvalho, que me entrevistaram.

À Célia Rocha – Coordenadora de Saúde Mental do Município.

À Deninha, minha irmã, pelas noites de vigília em meu socorro.

À Josi, colega de turma, pela forma solícita e carinhosa em ajudar.

A todos os colegas, docentes e funcionários do Mestrado.

A todos os trabalhadores dos CAPS que participaram da pesquisa.

Ao Hagen von Tronje, meu marido.

Judith, Mainha e Taynan, que um dia me fizeram desejar poder eternizar as florestas.

ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1 - Rede assistencial em saúde mental em Salvador - Bahia	31
Tabela 1 - Distribuição do número de trabalhadores de acordo com o local de trabalho (CAPS), Salvador, Bahia, 2010.....	36
Tabela 2 - Características sociodemográficas dos trabalhadores dos CAPS de Salvador, Bahia, 2010	37
Tabela 3 - Características gerais de formação profissional dos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial de Salvador, Bahia, 2010.....	39
Tabela 4 - Características gerais do trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial de Salvador, Bahia, 2010.....	40
Tabela 5 - Tipo de vínculo de trabalho segundo local de trabalho. CAPS de Salvador, Bahia, 2010	41
Tabela 6 - Tipo de vínculo de trabalho segundo características do trabalho e faixa etária. CAPS de Salvador, Bahia, 2010.....	42

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	viii
RESUMO	ix
ABSTRACT	x
APRESENTAÇÃO	12
1 INTRODUÇÃO	15
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	17
2.1 O PROCESSO DE TRABALHO E OS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL	17
3 OBJETIVOS	26
3.1 OBJETIVO GERAL.....	26
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
4 METODOLOGIA.....	27
4.1 TIPO DE ESTUDO	27
4.2 BASES CONCEITUAIS E TEÓRICAS ADOTADAS	27
4.3 LOCAL DA PESQUISA E SUJEITOS ENTREVISTADOS	30
4.4 INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA A COLETA DE DADOS	32
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	33
5 RESULTADOS	36
5.1 O PERFIL DOS TRABALHADORES	36
5.2 RESULTADOS DAS ENTREVISTAS COLETIVAS	42
5.2.1 Características da organização do trabalho no CAPS	43
5.2.2 Característica do processo de trabalho	45
5.2.3 As cargas de trabalho.....	48
5.2.3.1 O Ambiente de Trabalho	48
5.2.3.2 As Cargas Laborais: as demandas excessivas em foco	49
5.2.3.3 Riscos sociais – exposição à violência	52
5.2.4 Os problemas de saúde	53

5.2.5 Potencialidade e limites dos processos de trabalho em saúde mental	55
6 DISCUSSÃO	59
6.1 PERFIL DOS TRABALHADORES NOS CAPS DE SALVADOR	59
6.2 O TRABALHO EM SAÚDE MENTAL: CARACTERÍSTICAS, PRAZERES E SOFRIMENTOS	61
CONCLUSÕES.....	66
REFERÊNCIAS	68
ANEXOS	76

LISTA DE SIGLAS

CAPS –	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSAD –	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSIA –	Centro de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência
COAPS –	Coordenadoria de Atenção e Promoção à Saúde
EBMSP –	Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
FIB –	Faculdades Integradas da Bahia
FOX -	Empresa Terceirizada para contratação de Higienizadores e Seguranças
FTC –	Faculdade de Tecnologia e Ciências
REDA –	Regime Especial de Direito Administrativo
SESAB –	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SMS –	Secretaria Municipal de Saúde
MOI –	Modelo Operário Italiano
MS –	Ministério da Saúde
OMS –	Organização Mundial de Saúde
ONG –	Organização não governamental
UCSAL –	Universidade Católica de Salvador
UEFS –	Universidade Estadual de Feira de Santana
UFBA –	Universidade Federal da Bahia
UFPB –	Universidade Federal da Paraíba
UNEB –	Universidade Estadual da Bahia
UNESP –	Universidade do Estado de São Paulo
UNIFACS –	Universidade Salvador

TRABALHO EM SAÚDE MENTAL NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE SALVADOR: PROCESSO LABORAL E A SAÚDE DOS TRABALHADORES

RESUMO

Este estudo focalizou o trabalho em saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Salvador, com o objetivo de descrever as características do processo de trabalho dos profissionais em saúde mental e a percepção dos trabalhadores sobre as cargas laborais às quais estão submetidos. Trata-se de um estudo qualitativo, desenvolvido a partir de entrevistas coletivas com os profissionais de saúde mental de seis CAPS de Salvador. Pressupostos teórico-metodológicos oriundos dos modelos de desgaste laboral de Laurell & Noriega e da psicodinâmica de Dejours orientaram a coleta e a análise dos dados. Um roteiro semi-estruturado foi utilizado na condução das entrevistas que abordaram aspectos relativos ao processo de trabalho, cargas de trabalho e relação prazer e sofrimento. As entrevistas ocorreram nos locais de trabalho e dias de reuniões das equipes. Adicionalmente, um levantamento do perfil sociodemográfico e ocupacional com 223 trabalhadores foi realizado, utilizando um questionário estruturado. Das entrevistas coletivas participaram, ao todo, 86 profissionais. Dos resultados obtidos destacou-se a diversidade de cargas laborais e variáveis de desgaste relacionadas com o trabalho em saúde mental. Os trabalhadores referiram que as várias demandas e o fluxo das atividades constituíam sobrecarga na rotina de trabalho, que as dificuldades encontradas estavam vinculadas à falta de estrutura no local do serviço, falta de capacitação e treinamento. Entre as cargas psíquicas, capazes de provocar estresse ou tensão emocional, destacaram-se a instabilidade nos vínculos trabalhistas e o nível de tensão causado pela insegurança nos locais de trabalho. Além disso, foram enfatizados aspectos relativos à forte solidariedade entre os trabalhadores – citada como o principal mecanismo de apoio na realização do trabalho e no enfrentamento de dificuldades e desafios cotidianos no processo de reestruturação da atenção em saúde mental. Este estudo mostrou que havia ainda uma longa distância a percorrer em direção às mudanças nas condições de trabalho do profissional de saúde mental; mas, também, evidenciou que redes de cooperação entre os profissionais podem ser recursos importantes para a reestruturação das ações, o que parece fortalecer o papel das equipes multidisciplinares, de suas capacidades e competências para a condução das mudanças necessárias.

Descritores: Saúde mental. Processo de trabalho. Centros de Atenção Psicossocial. Saúde dos trabalhadores.

WORK IN MENTAL HEALTH FROM THE PSYCHOSOCIAL ATTENCION CENTERS AT SALVADOR : WORK PROCESS AND WORKERS HEALTH

ABSTRACT

The present focused on work in mental health from the Psychosocial Attention Centers (CAPS) at Salvador, with the goal of describing the characteristics of the work process of professionals in mental health field and the perception of the workers on the labor burdens submitted upon them. This qualitative study was developed from collective interviews with professionals in mental health from six CAPS at Salvador. Theoretical-methodological postulations arising from worn labor models from Laurell & Noriega and the psychodynamics of Dejours guided the gathering and analysis of the data. A semi-structured guide was used when conducting the interviews that addressed aspects relative to the work process, workloads and the pleasure and pain that are involved in the work activities. The interviews occurred in workplace and during group meetings. Additionally, a survey of sociodemographic and occupational profile of the 223 workers was carried out with a structured questionnaire. A total of 86 professionals participated in the collective interviews. From the obtained results, a variety of workloads and variables of damages related to work in mental health field were highlighted. The workers reported that the various demands and flow of the activities constituted an overload in the work routine and that the said difficulties were linked to lack of structure at workplace and lack of capacity building and training. Amongst the mental loads capable of causing stress or emotional tension stood out the instability of labor ties and the tension level caused by the insecurity at workplace. Furthermore, there was an emphasis on aspects relative to the strong solidarity between workers – cited as the main mechanism of support in performing the work and facing daily challenges and difficulties in the process of restructuring attention in mental health care. This study showed that there was still a long way to go in direction of changes in the working conditions of mental health professionals, whilst it also exposed that networks of cooperation among professionals can be important resources for restructuring actions, which seems to strengthen the role of multi-disciplinary teams, their skills and competence to conduct the necessary changes

Keywords: Mental health. Work process. Mental Health Services. Occupational Health.

APRESENTAÇÃO

A fim de contextualizar o cenário e o objeto de estudo desta pesquisa, *Trabalho em saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial de Salvador: processo laboral e a saúde dos trabalhadores*, eu identifiquei algumas questões que considero importantes de serem mencionadas, e, por isso, destaco aqui os aspectos mais relevantes que me conduziram a esta escolha.

Uma das motivações está diretamente ligada a uma história marcada pela experiência, como participante, na qualidade de sujeito, também construtor, de uma mudança e desenvolvimento de uma nova política: a política da implantação de serviços de saúde mental de cunho comunitário no Estado da Bahia.

Meu primeiro contato com a saúde mental deu-se nos anos 80, com a disciplina psicopatologia e estágio no Hospital Dia do HUPES (Hospital Universitário Edgard Santos). A fascinação exercida pelo novo, a força dos movimentos antipsiquiatria na Europa, o contexto social brasileiro na época, a vivência de uma ditadura militar que caracterizou este tempo tiveram forte influência no desenvolvimento de uma visão crítica da sociedade e, em particular, sobre o modelo da assistência psiquiátrica brasileira na época.

A experiência na universidade de Leipzig, Alemanha, de 1995 a 1999, novamente como estudante, foi muito rica, pois me propiciou a vivência e observação de uma Reforma Psiquiátrica concreta, em um país europeu que tinha rompido com a maneira tradicional biomédica de conduzir o tratamento dos pacientes portadores de transtorno mental, desde os anos 80, com o lema: “*Psyquiatrie ohne Anstalt*” (Psiquiatria sem Manicômios), tendo como representante maior no país Dörner (BAUER *et al.*, 1991). Nessas experiências também me impressionaram muito o cuidado, o respeito e as condições adequadas de trabalho dos profissionais da área.

De volta ao Brasil, o trabalho como Coordenadora de Recursos Humanos, no período 2000/2001, em um hospital psiquiátrico de Salvador, me permitiu, por meio do convívio diário, identificar um cenário permeado por conflitos, tensões e insatisfações dos trabalhadores da citada instituição.

No período de 2002/2003 ajudei a fundar, junto com um grupo de profissionais, o a ONG CAPS NZINGA, vivenciando uma experiência como trabalhadora e gestora. Nesta vivência, pude constatar a possibilidade de operacionalização de uma rede substitutiva dos serviços de saúde mental com condições adequadas de trabalho.

Simultaneamente, fui aprovada na seleção para a primeira turma do Curso de Especialização em Saúde Mental no Polo de Educação em Saúde, convênio UFBA/MS, em Salvador. Este curso objetivava a capacitação de profissionais de diferentes formações para o atendimento em saúde mental, enfatizando o cuidado clínico continuado e psicossocial, por meio da integração teórico-prática e aplicação direta nos serviços de saúde. No entanto faltou, no programa, a inclusão de temas sobre a saúde dos trabalhadores. Em minha monografia pesquisei aspectos ligados ao campo de avaliação de serviços de saúde mental, com ênfase na satisfação dos usuários/familiares e trabalhadores. Já nesta época me interessava pela possibilidade de poder pesquisar o cotidiano de serviços de saúde mental. No final do ano de 2004 concluí o curso.

Concomitantemente, fui convidada pelo Coordenador de Saúde Mental do Estado da Bahia à época, Dr. Paulo Gabrielli, e pela Consultora do Ministério da Saúde no Estado, Dra. Ana Pitta, para coordenar o CAPS Águas Claras, experiência única, uma tentativa da SESAB e do Ministério da Saúde de impulsionar, no município de Salvador, a construção de uma rede substitutiva ao modelo vigente até então. Coordenei este serviço por dois anos e, ainda em 2005, fui convidada pela SMS/COAPS a participar das discussões da Comissão Técnica em Saúde Mental do Município de Salvador.

No ano de 2006, fui relocada para Coordenar o CAPS iA – Liberdade, o que me permitiu trabalhar na reorganização total do serviço e, assim, junto com a equipe, estruturar a assistência à saúde mental de crianças e adolescentes, fundamentados na perspectiva psicossocial, e iniciar um trabalho de cunho comunitário até então inexistente. Nesta época organizamos três oficinas para capacitação de trabalhadores de CAPSiA no Estado da Bahia.

Ainda atuando como Coordenadora do CAPS infantil, fui convidada a participar de uma experiência pioneira no Brasil, sob a coordenação da Consultora do Ministério da Saúde, Dra. Ana Pitta, da primeira Escola de Supervisores da Bahia, onde atuei supervisionando equipes em duas cidades no sul da Bahia por um ano.

Permaneci na Coordenação do CAPS iA – Liberdade até setembro de 2007, do qual, com a mudança de governo estadual, renunciei à coordenação e voltei a atuar em CAPS, como trabalhadora de saúde mental.

Neste percurso como trabalhadora/coordenadora/supervisora de serviços, algumas vivências cotidianas foram compondo motivações que despertaram em mim a curiosidade e o incentivo de sair à busca de novos conhecimentos.

Desta forma, pude observar que o cotidiano dos trabalhadores em saúde mental era permeado de conflitos e insatisfações. Muitos serviços passavam por mudanças contínuas na

sua organização, no quadro profissional e na gestão. No município de Salvador, particularmente, predominava a precarização dos vínculos empregatícios, o que gerava um sentimento de incerteza entre os profissionais. Nessa época, a empresa empregadora, FABAMED, não mantinha contratos formais de trabalho com os técnicos; assim, além de não haver contratos que definissem a situação dos trabalhadores, estes sofriam com o frequente atraso no pagamento dos salários. Foi um período marcado por muitas paralisações dos serviços pelos profissionais, numa tentativa de negociar melhorias nas condições de trabalho, com um empregador quase inexistente.

Em 2008 fui aprovada na seleção REDA, organizada pela Secretaria Municipal de Saúde, e, desde então, trabalho na área técnica de saúde mental, cooperando com a gestão e supervisão de serviços.

Estas minhas experiências foram muito ricas, pois me propiciaram a visualização, *in vivo*, dos dilemas, avanços e desafios das políticas de saúde mental. Em meio a todas essas constatações, cresciam em mim muitas inquietações e um desejo de compreender como estes trabalhadores conseguiam, apesar de todos os contratemplos, atuar nos serviços.

Em 2009, quando fui aprovada na seleção para o Mestrado em "Saúde, Ambiente e Trabalho", da Universidade Federal da Bahia, em meio a muitas turbulências e diante de muitas questões para definir o objeto de pesquisa, decidi pelo tema "Processo de trabalho em saúde mental", com a expectativa de me debruçar sobre os questionamentos feitos anteriormente e contribuir para o equacionamento de alternativas promissoras para a reformulação ampla da atenção à saúde mental, tão necessária à população que necessita desses serviços.

1 INTRODUÇÃO

Esta investigação elegeu como objeto de pesquisa o processo de trabalho em saúde mental nos CAPS – Centros de Atenção Psicossocial na cidade de Salvador, Bahia, as cargas de trabalho e os riscos à saúde percebidos pelos trabalhadores. Os Centros de Atenção Psicossocial são considerados experiências inovadoras no campo da reabilitação psicossocial de portadores de transtornos mentais no Brasil e têm como finalidade substituir o modelo tradicional de atenção centrado no hospital para um novo modelo de atenção voltado, sobretudo, para a ressocialização dos portadores desses transtornos. Estes novos dispositivos se caracterizam como serviços de saúde mental comunitário que cuidam das pessoas com transtornos mentais severos e persistentes em um território de abrangência (COSTA-ROSA *et al.*, 2003).

A reestruturação do modelo de atenção implica mudanças na organização e no modo de conceber e de fazer o trabalho. Por sua vez, as mudanças no modo de organização dos serviços produzem alterações no processo de trabalho existente (no objeto, nos instrumentos e nas próprias atividades) e, conseqüentemente, na composição das equipes. As alterações ocorridas em decorrência do reordenamento dos serviços de saúde mental geraram uma significativa modificação dos atributos técnicos requeridos dos diferentes profissionais que, a partir deste momento, necessitaram aprender como lidar com novas demandas e atribuições.

Os trabalhadores em saúde mental se deparam atualmente com o desafio de implantar e implementar este novo modelo de atenção. Estes técnicos devem desdobrar-se em identidades e atribuições múltiplas com o objetivo de poderem atuar no centro de um território virtual e de uma rede de subjetividades de uma comunidade. Considerando todas as interfaces que o trabalho da atenção psicossocial apresenta, espera-se destes trabalhadores conhecimentos para intervir em diferentes campos de atuação (DELGADO, 2004). É esperado deste novo trabalhador que ele possa intermediar as mudanças sociais necessárias ao resgate dos direitos de cidadania enquanto promove a inclusão social de pessoas portadoras de transtornos mentais. Este técnico deverá dominar vários e complexos campos do conhecimento: técnico, social, ético, jurídico e político (BICHAFF, 2006).

Além disto, nos novos dispositivos estratégicos de cuidados em saúde mental, novas práticas devem romper com o modelo disciplinador e asilar e se constituir como uma trajetória dinâmica e flexível com o objetivo de facilitar a reinserção social do usuário/sujeito.

Estes novos serviços lidam, na realidade, com novos recursos materiais que, iniciando pela estrutura física dos serviços, passam pelos conhecimentos especializados das diferentes

áreas profissionais e aplicação de novas técnicas (por exemplo, oficinas com diferentes finalidades, incluindo geração de renda). Nos Centros de Atenção Psicossocial todos os agentes e todos os meios que vierem a ser utilizados necessitam ser apreendidos para poderem ser coordenados com a finalidade de transformar o objeto de trabalho, o usuário, realizando, desta maneira, a proposta da reabilitação psicossocial (MILHOMEN *et al.*, 2007).

Observa-se, entretanto, que as novas equipes se deparam com o desafio de implantar o modelo de atenção preconizado, assumindo a responsabilidade da atenção em saúde mental em um território estabelecido, muitas vezes, sem dispor de recursos técnicos e de formação para fazê-lo adequadamente (RABELO *et al.*, 2009). A ausência de equilíbrio entre as demandas existentes e os recursos disponíveis para atendê-las pode ter repercussões importantes, não apenas na qualidade da atenção prestada, mas, sobretudo, na saúde e na vida dos trabalhadores.

Dados de literatura revelam que grande parte dos estudos que tratam da relação entre o processo de trabalho e a saúde mental dos trabalhadores da saúde aponta, em geral, esse tipo de trabalho como gerador de desgaste para aqueles que o executam.

Na literatura, há uma predominância de pesquisas sobre o processo de trabalho na Atenção Básica (ROCHA *et al.*, 2000; RIBEIRO *et al.*, 2004; TEIXEIRA, 2004) como foco na análise da realidade cotidiana dos Postos de Saúde da Família (PSF), em que se discute a interdisciplinaridade e os problemas encontrados quando se tem como objeto de trabalho o processo saúde/doença e a vida das pessoas.

Para a análise do trabalho tomou-se como referência o atual contexto de instalação de serviços no município de Salvador, Bahia. A finalidade do estudo é descrever as características do processo de trabalho das equipes de saúde mental e avaliar a percepção dos trabalhadores sobre os riscos laborais aos quais estão submetidos.

A partir destas considerações iniciais, foram estabelecidas as seguintes questões desta pesquisa: Quais as características do processo de trabalho em CAPS e como os trabalhadores percebem os riscos aos quais estão expostos?

A relevância deste estudo está em ser mais uma peça na construção do arsenal desse novo modelo de assistência à saúde mental, particularmente no que diz respeito às novas práticas desenvolvidas pelos trabalhadores nesses serviços.

Em virtude da importância que os CAPS adquiriram por sua expansão e difusão, pelo seu potencial em abarcar parcela da população brasileira portadora de transtorno mental crônico e pelo contingente de trabalhadores envolvidos, procura-se, nesta pesquisa, refletir

sobre o trabalho em equipe desenvolvido nesses centros utilizando como referência a teorização sobre processo de trabalho em saúde a partir do modelo de desgaste e nos conceitos teóricos sobre a relação prazer e sofrimento no trabalho.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O PROCESSO DE TRABALHO E OS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL

O processo de trabalho determina a totalidade da existência humana e constitui o modelo básico da sociedade (MARX, 2004). De acordo com Marx, para existir os homens devem, necessariamente, transformar a natureza. O ato de transformação, que é o trabalho em si, é o processo de produção da base material da sociedade. Ao transformar a natureza, o indivíduo também transforma a si próprio (LESSA *et al.*, 2008).

No processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação no objeto sobre o qual atua, por meio de um instrumental de trabalho que é subordinado a um determinado fim. Geralmente, o processo se extingue ao concluir-se o produto (ANTUNES, 2004).

O que caracteriza o trabalho humano, segundo a teoria marxista, é que a ação e seu resultado são sempre projetados na consciência antes de serem construídos na prática. Esta capacidade de projetar, de idealizar o resultado almejado, faz com que o indivíduo consiga agir objetivamente quando deseja criar algo novo. O objeto construído pelo trabalho possui sempre uma incalculável dimensão social, passando a fazer parte da história do homem, levando-o a evoluir pelo conhecimento adquirido.

No processo de trabalho o objeto é aquele sobre o qual os instrumentos incidem, com o objetivo de obter algo transformado, que seja adequado para atender às necessidades constatadas no início do processo.

Algo só se constitui como objeto de trabalho, quando, a partir dele, houver uma construção abstrata, idealizada, pensada como um resultado ou como um objetivo que se quer atingir. Esse resultado ou objetivo demanda a utilização de instrumentos ou meios de trabalho que também são criados ou utilizados mediante uma intencionalidade neste mesmo processo (CASSANDRI, 2007).

No processo de produção se gasta energia humana, que é denominada de força de

trabalho. Esta pode ser consumida de duas maneiras: uma é colocando o objeto e os instrumentos em uma conexão apropriada para gerar a transformação, e outra é apontando quais conexões são mais apropriadas e como mantê-las durante todo o processo para conseguir o fim desejado (MENDES-GONÇALVES, 1992).

De posse destas informações podemos considerar que quando há uma necessidade o homem estabelece uma finalidade que é seguida por uma atividade (ato de trabalhar), como objetivo de transformar um objeto por meio da utilização de instrumentos de trabalho (LESSA *et al.*, 2008).

Nesta perspectiva, a força de trabalho impregna os instrumentos de trabalho “como um fazer e como um saber” e as duas dimensões citadas são responsáveis pela realização da ação transformadora sobre os objetos de trabalho (BICHAFF, 2006).

No modo de produção capitalista o trabalho é revestido de duas dimensões. Em uma delas o valor de troca traduz a quantidade de trabalho investido na produção de uma mercadoria, e, na outra, o valor de uso diz respeito à sua propriedade enquanto mercadoria. O valor de troca também diz respeito à relação entre os homens e o valor de uso em relação à mercadoria (ARANHA E SILVA, 1997).

Esta dupla dimensão do trabalho, expressa no valor de uso e no valor de troca, remete a uma forma ou função social em que o produto do trabalho desempenha o elo entre os produtores, como um intermediário ou portador das relações de produção entre as pessoas (RUBIN, 1987).

Se considerarmos que uma das características do trabalho humano é produzir quase sempre face às necessidades sociais, então, o processo de trabalho em saúde acontece porque alguém ou um grupo social, objeto de intervenção, que deve ser transformado pelo trabalho humano intencional, procura uma unidade de serviço com uma determinada necessidade, que deverá ser satisfeita; então, a finalidade do processo é desenvolver estratégias para responder a esta necessidade (ARANHA E SILVA, 2005).

O trabalho em saúde pode ser também classificado como algo que se limita ao seu efeito útil, produzindo valores de uso estrito, não mercantis. É considerado como ação que se consome como atividade útil por si mesma, devido ao conhecimento e capacidade técnica que o orientam, dirigindo-se, em um momento, “à personalidade viva” do usuário, noutro, a algum objeto de sua propriedade (PITTA, 2003).

Pitta (2003) assinala, ainda, que o trabalho em saúde obedece às mesmas regras gerais de determinação econômica que outras atividades, oferecendo, porém, uma maior complexidade de análise por exigir uma discussão de valor inerente à sua produção.

O trabalho desenvolvido na saúde, em geral, pode ser considerado coletivo pelo fato de ser realizado por diversos profissionais ou diversos grupos que desenvolvem uma gama de atividades necessárias para a manutenção da estrutura institucional; há características do trabalho assalariado e trabalho profissional do tipo artesanal (PIRES, 2000).

A análise da organização do trabalho em saúde vigente revela, porém, com muitas evidências, que a imobilidade, a desarticulação das linhas de intervenção com os sistemas de informação e a burocratização causam problemas importantes no trabalho de saúde pública brasileira (CAMPOS, 1998).

Observa-se, nesse contexto, que os compromissos passaram a ser indiretos, com a saúde em geral, com a população, com o saber, com a coletividade, distanciando-se dos sujeitos/usuários clientes ou parcela real da população.

Estes modelos de organização do trabalho pautados em ações fragmentadas ou na ausência de definição clara dos papéis dos autores envolvidos não são desejados em nenhum tipo de trabalho, especialmente no trabalho em saúde, em função das especificidades do objeto de trabalho (indivíduos necessitando de cuidados). Essas características podem ser ainda mais prejudiciais nos trabalhos que envolvem novos paradigmas, como são os da atenção psicossocial, correndo-se o risco de transformar as profissões, retirando dos especialistas e técnicos suas especialidades iniciais, para transformá-las em atividades técnicas polivalentes, com atuações semelhantes, perdendo, na prática, cada um a sua especificidade (CAMPOS, 1998).

É sabido que as mudanças no modo de organização de alguns serviços causaram alterações no processo de trabalho existente (no objeto, nos instrumentos e nas próprias atividades), e, conseqüentemente, na composição das equipes. Com estas alterações houve uma significativa modificação dos atributos técnicos requeridos dos diferentes profissionais, que, a partir deste momento, necessitaram aprender como lidar com novas demandas e atribuições.

A discussão sobre o trabalho em equipes multiprofissionais de saúde no Brasil aumentou desde a década de 70. A expansão do mercado de trabalho em saúde, a necessidade de extensão de cobertura de seus serviços por meio da atenção primária e o intenso processo de crescimento da rede hospitalar enfatizaram esta necessidade (PEDUZZI *et al.*, 2000; MATOS *et al.*, 2009).

Estudos atuais colocam em evidência as discussões sobre as várias dificuldades encontradas pelos técnicos no exercício da interdisciplinaridade na saúde (MATOS *et al.*, 2009). Pois o trabalho interdisciplinar, segundo os autores, pressupõe novas formas de

relacionamento, tanto no que diz respeito à hierarquia institucional, à gestão, à divisão e organização do trabalho, quanto no que se refere às relações que os trabalhadores estabelecem com os usuários.

Isto posto e considerando a realidade e as especificidades do trabalho em saúde, “que é desenvolvido por seres humanos para outros seres humanos e cuja complexidade ultrapassa os saberes de uma única profissão” (CAMPOS *et al.*, 2009, p.6), é que alguns autores defendem que este deve envolver práticas classificadas como multi ou transdisciplinares, uma vez que a fragmentação dificulta a realização de um trabalho em saúde mais integrador e de melhor qualidade (SILVA *et al.*, 2002; PEDUZZI, 2007; MATOS *et al.*, 2009).

Por ser esta uma questão considerada muito relevante no atual contexto de demandas oriundas dos novos modelos de atenção, faz-se necessário definir as denominações “equipe multidisciplinar” e “equipe transdisciplinar”. O prefixo “multi” significa pensar em justaposição de trabalhos, que são realizados por ajuntamentos de indivíduos com diferentes qualificações técnicas, ao passo que o prefixo “inter” diz respeito a uma conexão e integração que considera cada um dos trabalhos com seus respectivos aportes práticos e teóricos (PEDUZZI, 2007).

Esta autora ressalta, ainda, que a perspectiva interdisciplinar pode possibilitar o exercício de um trabalho mais integrador e articulado, tanto no que diz respeito à compreensão dos trabalhadores sobre o seu próprio trabalho, quanto no que se refere à qualidade do resultado do trabalho.

Nas últimas décadas a discussão no campo da saúde sobre a interdisciplinaridade aumentou, tanto no que diz respeito à produção acadêmica quanto à prestação de serviços. Contudo, embora este tema seja pauta de inúmeras discussões, muitas também são as dificuldades de seu exercício na prática. Isto porque aprender a trabalhar em uma equipe multidisciplinar pressupõe aprender a trabalhar novas formas de relacionamento, tanto no que concerne à hierarquia da instituição, à gestão, à divisão e organização do trabalho, quanto no que diz respeito às relações que estes técnicos estabelecem entre si e com os usuários do serviço.

A política de recursos humanos para os CAPS estabelece a implantação do trabalho interdisciplinar e multiprofissional como categoria para romper com o chamado “especialismo”. Esta nova política tem em vista a construção de um “novo trabalhador” que, atento e sensível aos diversos aspectos do cuidado, garanta que todo usuário de saúde mental seja atendido com uma visão integral e não fragmentada (BRASIL, 2002).

Neste dispositivo estratégico de cuidados em saúde mental, novas práticas devem romper com o modelo disciplinador e asilar e se constituir como uma trajetória dinâmica e flexível com o objetivo de facilitar a reinserção social do usuário/sujeito.

Estes novos serviços lidam, na realidade, com novos recursos materiais, que, iniciando pela estrutura física dos serviços, passam pelos conhecimentos especializados das diferentes áreas profissionais e aplicação de novas técnicas, como as oficinas de geração de renda, culturais e educativas, consultas médicas, de psicologia, são, também, concomitantemente considerados os meios, os recursos e os agentes deste novo processo de trabalho. Nos Centros de Atenção Psicossocial todos os agentes e todos os meios que vierem a ser utilizados necessitam ser apreendidos para poderem ser coordenados com a finalidade de transformar o objeto de trabalho, o usuário, realizando, desta maneira, a proposta da reabilitação psicossocial (MILHOMEN *et al.*, 2007).

Observa-se, entretanto, que as novas equipes se deparam com o desafio de implantar e implementar o modelo de atenção preconizado, tendo em mãos toda a responsabilidade da atenção em saúde mental no seu território.

De modo geral, espera-se que o trabalhador do CAPS se desdobre em identidades e atribuições múltiplas para ficar no centro virtual do território e da rede das subjetividades de seu paciente, seus familiares, dos moradores, dos demais trabalhadores do CAPS, dos gestores implicados naquela rede, das interfaces todas que o trabalho da atenção psicossocial apresenta (DELGADO, 2004).

Espera-se deste novo trabalhador que ele possa intermediar as mudanças sociais necessárias ao resgate dos direitos de cidadania enquanto promove a inclusão social de pessoas portadoras de transtornos mentais. Este técnico deverá dominar vários e complexos campos do conhecimento: técnico, social, ético, jurídico e político (BICHAFF, 2006).

No entanto, de uma grande parte dos profissionais contratados para operacionalizar o programa de reorientação do modelo da assistência multidisciplinar em saúde mental, segundo alguns autores (OLIVEIRA, 2003; BICHAFF, 2006), poucos possuem formação específica em saúde mental. A ausência ou insuficiência na formação para atuação em saúde mental sob novo paradigma tem sido destacada como obstáculo às mudanças preconizadas:

[...] a insuficiência teórica, técnica e conceitual dos cursos de graduação, para o enfrentamento dos desafios da Reforma Psiquiátrica e de uma nova forma de cuidar em saúde mental, tem sido demonstrada por vários autores. Na tentativa de avaliar essa formação, foram realizadas inúmeras pesquisas com estudantes, profissionais das várias categorias e docentes, tornando evidente uma certa inquietação quanto ao

desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem em saúde mental e propondo revisões (BICHAFF, 2006, p.12).

Outro fato importante é que, provavelmente, muitos desses profissionais começaram a atuar neste campo em função de a maioria das seleções públicas e concursos ter sido aberta para os serviços de saúde mental, com um salário muito maior do que o oferecido normalmente.

Quanto aos cursos de capacitação/atualização, observa-se que estes foram escassos e, até o momento, pontuais; geralmente, não englobam todos os técnicos da rede de saúde mental (RABELO *et al.*, 2009). Tal realidade nos leva a indagar se estariam estes técnicos realmente preparados para os desafios da produção das novas práticas no campo da saúde mental.

A necessidade de formação e qualificação dos trabalhadores vem sendo colocada em pauta desde as primeiras discussões do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, ainda no final dos anos setenta. A organização de capacitações, criação de centro de estudos, cursos de aperfeiçoamento, supervisões e reuniões de equipe sempre foram reivindicações do movimento da reforma, visando um melhor atendimento aos usuários (AMARANTE, 2004; BICHAFF, 2006; MATOS *et al.*, 2009).

Atualmente, embora haja constatação de que existem experiências bem-sucedidas de articulação do ensino superior com os serviços neste novo paradigma de atenção, uma grande parte das instituições formadoras ainda se utiliza de estruturas hospitalares altamente hierarquizadas como campo de prática para os alunos em graduação, o que promove o aprendizado de um modelo de atenção incoerente com a concepção teórica do movimento da reforma psiquiátrica (FIGUEIREDO *et al.*, 2005; BICHAFF, 2006).

Considerando que as equipes dos CAPS atuam com novos e diferentes instrumentos de trabalho, seria necessário que o ensino de graduação e pós-graduação pudesse estar menos distanciado e mais articulado com a proposta de transformação do cuidado em saúde mental (SILVA *et al.*, 2002; OLIVEIRA, 2003; BICHAFF, 2006; PEDUZZI *et al.*, 2007; PIRES, 2009; MATOS *et al.*, 2009).

Os dados da literatura revelaram que grande parte dos estudos realizados trata da relação entre o processo de trabalho e saúde mental dos trabalhadores, apontando, em geral, o trabalho como gerador de desgaste para aqueles que o executam.

Há uma predominância de pesquisas sobre o processo de trabalho na Atenção Básica (ROCHA *et al.*, 2000; RIBEIRO *et al.*, 2004; TEIXEIRA, 2004) focadas na análise da realidade cotidiana dos Postos de Saúde da Família – PSF, em que se discute a

interdisciplinaridade e os problemas encontrados quando se tem como objeto de trabalho o processo saúde/doença e a vida das pessoas.

Outras publicações abordam o processo de trabalho das equipes de saúde mental, algumas das quais investigaram os processos de trabalho nos hospitais psiquiátricos e em serviços extra-hospitalares de saúde mental (ROCHA, 1994; JORGE *et al.*, 1995; BERTONCELLO, 1997).

Esta revisão indicou que em serviços extra-hospitalares, em geral, observam-se práticas de saúde mental coerentes com o paradigma no qual se fundamenta a Reforma Psiquiátrica. Em quase todos os estudos encontrados observa-se um maior direcionamento para aspectos relativos à gestão do trabalho e às práticas nas unidades de saúde, do que, propriamente, ao processo e condições de trabalho.

Conforme a pesquisa de Ramminger (2005), no trabalho em CAPS, ao recomendarem novas formas de atenção e um modelo mais horizontal de relação entre os trabalhadores, seria necessário se propor, também, novos processos de trabalho. Estes exigiriam a introdução de novas divisões de tarefas e responsabilidades, além de instaurar formas distintas de conexão com os diversos níveis de atenção que compõem a rede de assistência à saúde.

Considerando esta questão, resolvemos proceder a uma revisão de como se insere a questão da saúde do trabalhador na discussão sobre o trabalho em saúde mental, nos principais documentos que apoiam a reforma psiquiátrica no Brasil.

Na terceira parte do relatório da II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em dezembro de 1992, encontramos o capítulo que versa sobre a organização do trabalho em saúde mental. Neste, enfatizou-se desde o início a necessidade de definir a equipe como multiprofissional, inclusive com trabalhadores das áreas artística e cultural e educacional, livre da tradicional divisão de funções e com respeito à escuta de diferentes saberes. Apontou a necessidade de garantir práticas de ensino, pesquisa e extensão que poderiam favorecer “novas atitudes dos futuros profissionais em relação à doença mental e que estimulem o desenvolvimento do potencial dos indivíduos com sofrimento psíquico” (p.09). Incentivava a criação de grupos de reflexão e supervisão para que os profissionais de saúde mental pudessem repensar suas práticas. Reivindicava uma mudança na lógica das universidades formadoras de trabalhadores de saúde, que deveriam introduzir temas de saúde mental e saúde coletiva em seus currículos, bem como a regulamentação do art. 200, inciso III da Constituição Federal, que atribui ao SUS a tarefa de ordenação da formação dos trabalhadores de saúde.

Em relação à organização do trabalho, a Conferência apontava para a garantia, dentro da carga horária contratual, de um espaço para a “atualização, intercâmbio, pesquisa, supervisão de equipe e contato dos profissionais com as suas entidades, no sentido de romper com a alienação e burocratização do trabalho”. Ressaltava que era necessário avançar no processo de organização do trabalho, sugerindo que as associações populares e de profissionais pudessem lutar juntas por condições e organização de trabalho mais adequadas e coerentes com as mudanças em curso.

Entretanto foi no Capítulo 10, dos “Direitos Trabalhistas”, do Relatório, que encontramos o ponto no qual a saúde mental juntava-se à Saúde do Trabalhador, inicialmente visando assegurar o direito de trabalho das pessoas portadoras de transtorno mental, mas, posteriormente, com uma lista de várias recomendações que deveriam ser incluídas tanto na Consolidação das Leis do Trabalho – CLT como nos estatutos dos funcionários públicos, tais como: a diminuição do tempo de exposição dos trabalhadores às condições de fadiga e tensão psíquica; os períodos de descanso durante a jornada cotidiana, destinados à preservação da atividade mental autônoma; a diversificação das atividades reconhecidas como desgastantes do ponto de vista psíquico; e a formação de grupos de avaliação dos condicionantes de fadiga e de tensão psíquica.

Sugeria, ainda, a criação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, com equipes de saúde mental; a criação, no nível ministerial, de uma área destinada à Saúde Mental do Trabalhador; o reconhecimento das doenças mentais como doença profissional sempre que houver nexos causal; e a responsabilização das empresas que tenham causado algum mal psíquico aos seus trabalhadores. É importante enfatizar que estas recomendações visavam, em geral, todos os trabalhadores e não havia referências explícitas ao trabalhador de saúde mental.

No entanto foi apenas na III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, com o título “Cuidar sim, excluir não”, que se reconheceu que a consolidação dos princípios da Reforma Psiquiátrica requereria uma política adequada de recursos humanos, integrada nos planos municipal, estadual e federal, e que esta deveria valorizar e considerar a importância do trabalhador de saúde mental na produção dos atos de cuidar, possibilitando, assim, um exercício ético da profissão.

Esta política deveria contemplar a capacitação e qualificação continuadas; remuneração justa dos profissionais; planos de cargo e salários; democratização das relações e das discussões em todos os níveis de gestão, visando à transformação dos processos de trabalho com a superação das formas verticalizadas de gestão; incorporação das questões de

segurança, saúde e saúde mental do trabalhador; supervisão clínica e institucional; avaliação de desempenho; jornada de trabalho adequada para todos os profissionais de nível superior, bem como isonomia salarial entre eles. As contratações deveriam ser exclusivamente através de concursos públicos, salvo em situações de emergência, nas quais poderiam ocorrer outras formas de contratação, mas assegurando sempre a seleção pública.

Este Relatório reafirmou a importância do trabalho interdisciplinar e multiprofissional, observando a importância do rompimento dos “especialismos” e da construção de um novo trabalhador em saúde mental, atento e sensível aos diversos aspectos do cuidado; este trabalhador, no entanto, não deveria se submeter a nenhuma condição de trabalho indigna e precária, sobretudo com aviltamento em sua remuneração.

Concluindo, percebemos que só na III Conferência Nacional de Saúde Mental e com a aprovação da Lei Nacional 10.201/01 é que se começou a pensar em uma reorientação do modelo assistencial em saúde mental, com uma política de recursos humanos em que havia uma grande ênfase em relação à mudança dos processos de trabalho, com estratégias que deveriam contemplar capacitação e qualificação continuadas, com supervisão clínica e institucional; remuneração justa; superação das formas verticalizadas de gestão; incorporação das questões de segurança; saúde e saúde mental do trabalhador de saúde (BRASIL, 2001; 2002).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever as características do processo de trabalho dos profissionais em saúde mental de Salvador, Bahia, e a percepção dos trabalhadores sobre as cargas laborais às quais estão submetidos.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever o processo de trabalho segundo o fluxo das atividades, a definição de responsabilidades e atribuições e as demandas envolvidas na atividade laboral.
- b) Identificar características dos diferentes tipos de cargas de trabalho.
- c) Identificar os riscos à saúde mental a que os trabalhadores estão expostos.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo elegeu a abordagem qualitativa como método de referência para a investigação do processo e cargas de trabalho nos serviços de atenção à saúde mental em Salvador. A abordagem qualitativa vem sendo aplicada ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, e a todos estes conjuntos de produtos de interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2008).

Esse tipo de método, além de permitir desvelar processos sociais ainda poucos conhecidos, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação.

4.2 BASES CONCEITUAIS E TEÓRICAS ADOTADAS

Este estudo foi construído a partir das bases conceituais e metodológicas do modelo de desgaste de Laurell & Noriega (1989), ancorado no modelo operário italiano. Adotaram-se, também, os conceitos teóricos sobre a relação prazer, sofrimento e trabalho propostos pela psicodinâmica do trabalho, na perspectiva da escola dejouriana.

O método de investigação utilizado para a pesquisa foi construído com base no modelo de desgaste de Laurell & Noriega (1989) que, por sua vez, está fundamentado nos princípios do Modelo Operário Italiano (MOI). Nesta abordagem, os autores propõem o uso de entrevistas coletivas com o objetivo de fazer um levantamento dos dados empíricos que nos permitem compreender as relações entre os processos de trabalho, a saúde física e psíquica e o papel dos trabalhadores na construção do conhecimento e na transformação da realidade. O modelo possibilita, ainda, aos trabalhadores a reconstrução dos processos de trabalho, com identificação de danos e riscos aos quais podem estar expostos (LAURELL & NORIEGA, 1989; FACCHINI *et al.*, 1991).

Laurell & Noriega (1989), nas investigações das relações entre trabalho e saúde, defendem o foco em duas categorias centrais de análise: “as cargas de trabalho” e os “processos de desgaste”. Na análise do processo de trabalho, o conceito “cargas de trabalho” busca ressaltar os elementos que interatuam dinamicamente entre si e o corpo do trabalhador, gerando processos de adaptação que se traduzem em desgaste. Segundo esses autores, o conceito de carga possibilita uma análise do processo de trabalho que extrai e sintetiza os elementos que determinam, de modo importante, o nexu biopsíquico da coletividade operária e confere a esta um modo histórico e específico de “andar a vida” (LAURELL & NORIEGA, 1989).

O entendimento do “desgaste” como uma categoria integrada ao de “cargas de trabalho” permite introduzir no pensamento uma representação coerente do que são as transformações negativas originadas pela interação dinâmica das cargas nos processos biológicos e psíquicos humanos. O desgaste pode ser definido como a perda de capacidade efetiva e/ou potencial, biológica e psíquica, ou seja, não se refere a algum processo particular isolado, mas sim ao conjunto dos processos biopsíquicos (LAURELL&NORIEGA, 1989).

Os autores ressaltam que a relação entre processo de trabalho, cargas de trabalho e de desgaste nos possibilita entender e predizer quais são os processos que consomem a força de trabalho ou desgastam as capacidades consideradas vitais do trabalhador e que não se pode referir apenas a algum processo isolado, mas sim ao conjunto dos processos saúde-doença.

Desta forma, destacam esses autores, à medida que se sabe que tipo de processo de trabalho está presente num posto de trabalho, pode-se identificar quais são as principais cargas e os traços gerais do padrão de desgaste.

Na produção do conhecimento sobre os processos de trabalho em saúde mental e percepção de riscos a que estão submetidos os trabalhadores foram utilizados os conceitos de cargas laborais propostos por Laurel & Noriega (1989) e Facchini *et al.* (1991), como especificados abaixo:

1. Cargas físicas – podem ser derivadas de exigências técnicas para a transformação do objeto de trabalho e também caracterizam um determinado ambiente de trabalho, que cotidianamente interage com o trabalhador. Temperatura, umidade, iluminação natural e artificial, ruído e ventilação são aspectos que compõem essas cargas e podem ser detectados pelos órgãos dos sentidos dos trabalhadores e por métodos objetivos de mensuração;

2. Cargas químicas – substâncias químicas presente no meio ambiente, como pós, fumaça, fibras, vapores, líquidos;

3. Cargas biológicas – são derivadas do objeto do trabalho e condições de higiene ambiental (os microrganismos), têm materialidade externa ao corpo e adquirem importância não em si mesmo, mas pelas transformações que geram em sua interação com os processos corporais;

4. Cargas mecânicas – derivadas da tecnologia de trabalho, seja devido à sua operação ou manutenção dos materiais no ambiente. Estas são as mais visíveis, pois se convertem numa ruptura de continuidade instantânea do corpo: em contusões, feridas, fraturas;

5. Cargas fisiológicas – podem ser derivadas das diversas maneiras de realizar uma atividade ocupacional e serem constituídas por esforço físico e visual, deslocamentos, horas extras ou intensificação do trabalho, ruptura dos ritmos fisiológicos básicos (os ciclos circadianos), além do limite do reparo celular. São fontes de muita fadiga e estresse;

6. Cargas psíquicas – estas não têm uma materialidade visível ao corpo humano, são elementos do processo de trabalho que, em decorrência de uma dada estrutura organizacional, podem constituir fontes de estresse. Estão relacionadas com todos os elementos do processo do trabalho que provocam uma sobrecarga psíquica, ou seja, situações de tensão prolongada e/ou à subcarga psíquica, que é a impossibilidade de desenvolver e fazer uso da capacidade psíquica. Estas cargas podem ser encontradas ao nível da organização e divisão de trabalho em uma empresa.

Em qualquer processo de trabalho podem ser encontrados estes tipos de cargas, com menor ou maior intensidade, que podem interagir entre si, potencializando ou somando-se no contexto individual e coletivo da vida dos trabalhadores.

Portanto, como descrito nos objetivos deste estudo, uma finalidade aqui é descrever, a partir das concepções mencionadas acima, as cargas de trabalho envolvidas no trabalho em saúde mental dos CAPS de Salvador, Bahia.

Além do conceito de cargas de trabalho, proposto no modelo de desgaste, foram também utilizadas neste estudo as contribuições do modelo da psicodinâmica do trabalho. O interesse maior da psicodinâmica é analisar o trabalho, seu conteúdo, sua significação e suas formas múltiplas de produção de sofrimento ou de prazer (DEJOURS, 2009). Nesta abordagem, as relações que se estabelecem entre o trabalhador e o seu trabalho podem ser apreendidas por meio da compreensão dos procedimentos defensivos que ajudam os trabalhadores a resistir psiquicamente à agressão que compõem determinadas formas de organização do trabalho. Esse referencial subsidia a discussão de como os trabalhadores fazem para resistir aos ataques ao seu funcionamento psíquico.

Na proposição da psicodinâmica do trabalho o sofrimento implica em um estado de

luta do indivíduo contra as pressões ligadas à organização do trabalho. Por organização do trabalho entende-se a divisão do trabalho, isto é, a divisão de tarefas, os ritmos impostos e os prescritos, mas, sobretudo, a divisão de tarefas, que são representadas pelas hierarquias, repartições de responsabilidades e os sistemas de controle (DEJOURS, 2009).

Dentre os conceitos utilizados nesta teoria destacam-se o do prazer no trabalho, de sofrimento criativo e sofrimento patogênico. Através destes, pode-se entender as relações que se estabelecem entre a organização do trabalho e o sofrimento psíquico. A fala do trabalhador tem papel destacado nesse modelo – a análise da fala e dos silêncios dos trabalhadores permite compreender as formas subjetivas de estruturação da vida mental no trabalho: sua fonte de prazer e de sofrimento e os modos coletivos de vivência da vida no trabalho (DEJOURS, 2009).

A metodologia da psicodinâmica do trabalho se baseia na abordagem “compreensiva”, a *Verstehen* das ciências sociais, opondo-se à *Erklären*, das ciências naturais. Isto quer dizer que o seu objetivo maior é permitir que os trabalhadores façam suas interpretações da organização do trabalho.

Nesta teoria, a linguagem pode ser mobilizada como executora da dinâmica do reconhecimento dos problemas, como atividade semiótica que estrutura a realidade do trabalho e como intermediadora da ação. Na teoria dejouriana e no modelo de desgaste, o trabalhador é compreendido como o portador de uma história singular preexistente e capaz de construir uma análise muito precisa da organização e das situações de trabalho (COUTINHO, 1998; DEJOURS, 2004).

Portanto, este estudo ancora-se nas proposições de Laurell & Noriega (1989) e de Dejours (2009) para compreender os processos de trabalho em saúde mental, a percepção dos diferentes tipos de riscos envolvidos na atividade laboral e as possibilidades do trabalho para promover prazer e satisfação ou de constituir-se em fonte de sofrimento e de dor.

4.3 LOCAL DA PESQUISA E SUJEITOS ENTREVISTADOS

Esta pesquisa foi realizada no município de Salvador, capital do estado da Bahia. Administrativamente, o município encontra-se dividido em 12 Distritos Sanitários. Atualmente estão implantados 19 CAPS, sendo 18 municipais e um criado por uma Organização Não Governamental (ONG), distribuídos pelos distritos sanitários. Em seis

Distritos Sanitários foram implantados mais de um CAPS e esta decisão foi tomada após a observação de alguns critérios técnicos, tais como alta concentração populacional, alto índice de população de baixa renda, de violência e “grotões” de miséria, região com concentração de turistas e de fácil aquisição de drogas, de dificuldade de acesso para outros serviços especializados, seja pela inexistência na proximidade ou pela considerável extensão territorial dos distritos (DIÁRIO DE CAMPO, 2007;MONTEIRO, 2010).

A rede assistencial em saúde mental pública no município de Salvador e sua distribuição na cidade de Salvador podem ser visualizadas no mapa abaixo.

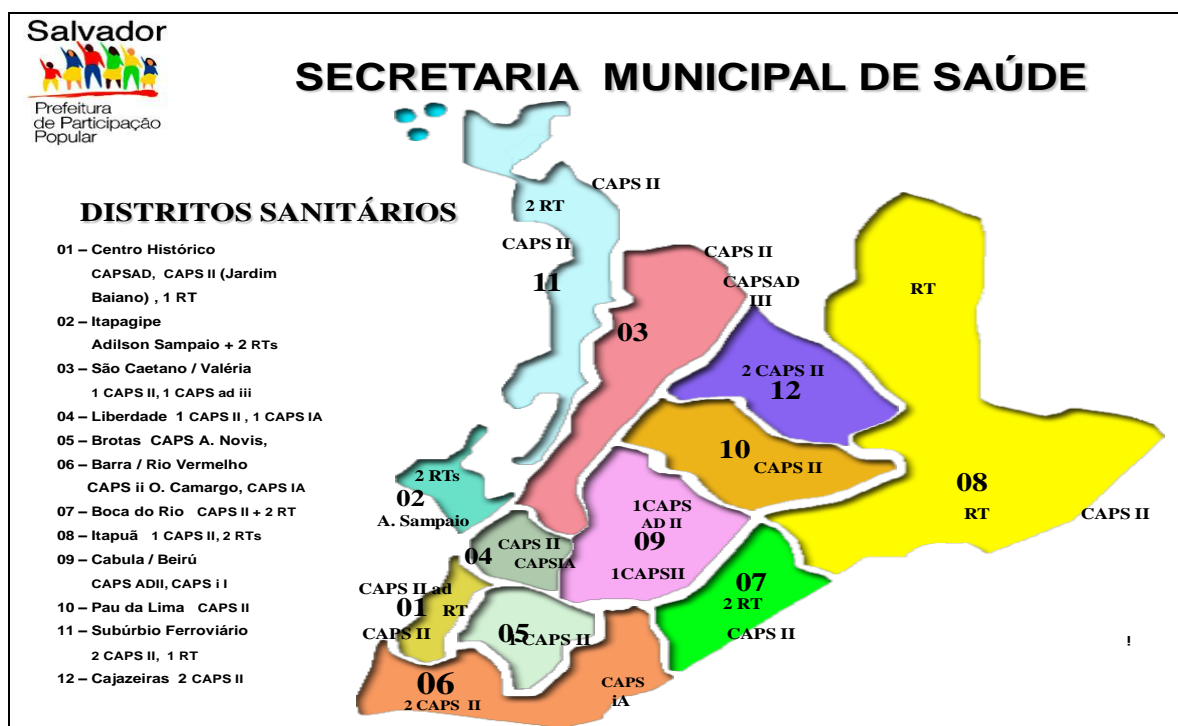


Figura 1 - Rede assistencial em saúde mental em Salvador - Bahia
 Fonte: SMS/COAPS/SM 2011

Adicionalmente, para um maior conhecimento sobre os trabalhadores investigados, foi feito um levantamento com a finalidade de obter informações sobre o perfil sociodemográfico dos trabalhadores de saúde mental dos CAPS de Salvador. Dos 19 CAPS existentes, 15 foram incluídos nesse levantamento. Portanto, quatro unidades não participaram: duas unidades em função de serem recém-montadas e estarem, na época da coleta dos dados, em processo de organização do serviço e, por esse motivo, foram excluídas do levantamento; em uma unidade houve dificuldades de acesso aos trabalhadores – resistência por parte da equipe e questões técnicas e burocráticas que inviabilizaram a aplicação do questionário – e uma quarta unidade, o CAPS Nzinga (ONG), pela ligação existente com a pesquisadora (gestora do serviço),

também não foi incluída, no intuito de evitar possíveis vieses.

As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas com coletivos dos trabalhadores. Nessa fase do estudo foram incluídos os profissionais de seis CAPS – Centros de Atenção Psicossocial. Como critérios para a escolha destas unidades foram considerados: o tempo de credenciamento, composição multiprofissional das equipes, localização, sede própria e reconhecimento da experiência na área de saúde mental, pois, desta maneira, as equipes poderiam ter vivenciado a construção dos novos saberes e das novas práticas em saúde mental.

Os convites para a participação no estudo foram feitos nos próprios locais de trabalho, após uma campanha de sensibilização em que foi destacada a importância da participação e incorporação dos trabalhadores à pesquisa.

Do levantamento do perfil sociodemográfico participaram 223 trabalhadores das diversas categorias profissionais, tais como médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, farmacêuticos, técnicos em enfermagem, pessoal administrativo, fisioterapeuta, educadores físicos e oficineiros.

Nas entrevistas coletivas participaram 86 profissionais de saúde dos seis CAPS municipais incluídos na pesquisa. Os CAPS selecionados estavam localizados nos Distritos Sanitários Barra/Rio Vermelho, Itapagipe, Cabula/Beirú, Boca do Rio e Centro Histórico e, portanto, abrangiam áreas geográficas distintas, possibilitando avaliação de uma maior diversidade de situações.

Dois CAPS onde os profissionais participaram das entrevistas foram instalados inicialmente nos espaços físicos de ambulatórios de saúde mental. Desde dezembro de 2005 uma unidade já se encontrava em funcionamento em casa alugada para este propósito. O outro continua no mesmo espaço inicial. As outras quatro unidades foram credenciadas já em espaços considerados apropriados para este fim.

4.4 INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA A COLETA DE DADOS

Para a obtenção das informações sobre o perfil dos trabalhadores foram coletados dados sociodemográficos (sexo, idade, situação conjugal), características da formação (ano, local e nível de formação, experiência profissional, capacitações feitas em saúde mental) e condições gerais de trabalho (ocupação, carga horária semanal, local de trabalho, tipo de vínculo empregatício, renda mensal, existência de múltiplos empregos).

Para coleta de dados sobre o processo de trabalho em saúde mental e percepção de riscos foram realizadas entrevistas semi-estruturadas que foram conduzidas a partir de um roteiro previamente definido. Estas abarcavam quatro blocos de questões, que incluíam:

- a. Bloco I – Características da organização do trabalho;
- b. Bloco II – Características do processo do trabalho;
- c. Bloco III – Trabalho e saúde: exposição a riscos;
- d. Bloco IV – Prazer e dor no seu trabalho cotidiano.

Como estratégia para delinear o percurso e permitir uma melhor aproximação com o objeto de estudo, as unidades foram visitadas para a apresentação, nas reuniões de equipe, da pesquisa e de seus objetivos. A escolha pelo dia da reunião foi sugerida pela equipe, considerando que este seria o único dia no qual todos os profissionais se encontravam no local de trabalho.

No trabalho de campo adotou-se como critério para a coleta dos dados as entrevistas coletivas, incluindo todos os trabalhadores dos CAPS. As entrevistas tiveram uma duração média de uma hora e vinte minutos e foram gravadas com autorização prévia dos trabalhadores e transcritas, posteriormente, para a análise dos dados.

Os dados foram coletados nos meses de julho, agosto e setembro do ano de 2010.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Na pesquisa qualitativa a interpretação assume foco central e uma vez que “é o ponto de partida, porque se inicia com as próprias interpretações dos atores, e é o ponto de chegada porque é a interpretação das interpretações” (GOMES *et al.*, 2005 *apud* MINAYO, 2007).

Optamos, aqui, por utilizar a técnica da Análise de Conteúdo para a interpretação dos dados, que pode ser definida como um conjunto de instrumentos metodológicos que visam obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção destas mensagens (BARDIN, 2009).

Considera-se que estão no domínio da análise de conteúdo todas as iniciativas que, a partir de um conjunto de técnicas parciais e complementares, consistam na explicitação e sistematização do conteúdo de mensagens e expressões das mesmas. Esta abordagem objetiva efetuar deduções lógicas e justificadas referentes à origem das mensagens, tomando em consideração o emissor e seu contexto (MARCONI *et al.*, 1996; BARDIN, 2009).

Minayo (2008) sintetiza o percurso do trabalho dos dados a partir da perspectiva da análise de conteúdo da seguinte forma:

Primeira etapa:

1. Pré-análise – consiste na escolha dos documentos a serem analisados e na retomada dos pressupostos e dos objetivos iniciais da pesquisa. O investigador deve se indagar sobre as relações entre as etapas realizadas, elaborando alguns indicadores que o orientem na compreensão do material e na interpretação final. Esta pré-análise pode ser decomposta nas seguintes tarefas:

1.1 Leitura flutuante – o pesquisador toma contato direto e intenso com o material produzido;

1.2 Constituição dos Corpos – este termo diz respeito ao universo estudado em sua totalidade e deve responder a algumas normas de validade qualitativa:

a. exaustividade

b. representatividade

c. homogeneidade

1.3 Formulação e reformulação dos pressupostos e objetivos – processo que consiste na retomada da etapa exploratória, tendo como parâmetro a leitura exaustiva do material com base nas indagações iniciais. Nessa fase pré-analítica determinam-se a *unidade de registro* (palavra chave ou frase), a *unidade de contexto* (delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), *os recortes*, a forma de *categorização*, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais.

Segunda etapa:

Exploração do material – consiste numa operação classificatória que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto e a busca de categorias pelo investigador.

Terceira etapa:

Tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

A partir dessa perspectiva, sistematizou-se a análise dos dados seguindo alguns passos operacionais, descritos por Minayo (2008), que permitiram o estabelecimento de relações entre as diferentes fontes, buscando estabelecer articulação entre o material empírico e o referencial teórico-metodológico adotado, na tentativa de obter respostas para os questionamentos e objetivos que nortearam este estudo.

Seguimos, neste estudo, os procedimentos abaixo descritos.

Primeira etapa:

1. Organização dos dados – esta etapa caracterizou-se por ser o primeiro contato com

o material coletado. Consistiu na transcrição do conteúdo das entrevistas gravadas, seguida da realização de uma primeira leitura de todo material transcrito.

Segunda etapa:

2. A exploração do material – consistiu na exploração classificatória, visando à busca da compreensão do texto. Nesta fase realizou-se, inicialmente, uma leitura flutuante, após foi feita uma leitura exaustiva do material transcrito das entrevistas e foi estabelecida a categorização. O critério eleito foi o de categoria temática, em que os núcleos de sentido foram recortados dos temas utilizados nas entrevistas. Após a definição desses núcleos os dados foram recortados, classificados e inseridos em seus respectivos núcleos.

Os princípios da objetividade e da fidelidade foram observados para evitar as distorções que porventura surgissem.

Terceira etapa:

3. Tratamento dos resultados obtidos e interpretação – nesta etapa trabalhou-se na construção da síntese, na realização das interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico apresentado.

Para o processamento e análise quantitativa digitaram-se os dados utilizando o pacote estatístico SPSS versão 19. Com a realização da análise descritiva foi possível conhecer as características da população estudada.

5 RESULTADOS

5.1 O PERFIL DOS TRABALHADORES

Dos 338 trabalhadores inseridos nos CAPS de Salvador, 223 responderam e retornaram o questionário sobre o perfil sociodemográfico, possibilitando identificar as principais características da população com relação ao sexo, idade, situação conjugal e características gerais do trabalho (local de trabalho, formação, tempo de formado, profissão, tempo de trabalho, tipo de vínculo empregatício, outra atividade remunerada, dentre outras características).

Das entrevistas coletivas participaram, ao todo, nos seis locais de trabalho selecionados, 86 trabalhadores.

Dos dezenove CAPS em atividade em Salvador, quinze participaram do levantamento do perfil sociodemográfico e ocupacional. O número de profissionais por unidade de trabalho variou de sete a 24. O CAPS Eduardo Saback (Pernambués) foi aquele com o maior número de trabalhadores participantes, seguido por Águas Claras e CAPS ia Liberdade (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição do número de trabalhadores de acordo com o local de trabalho (CAPS), Salvador, Bahia, 2010.

Local de trabalho (222)	N	Trabalhadores	
		n	%
CAPS Eduardo Saback (Pernambués)	26	24	10,8
CAPS Águas Claras	28	22	9,9
CIA-CAPS ia Liberdade	21	21	9,5
CAPS Itapuã	21	19	8,6
CAPS Adilson Sampaio	26	17	7,7
CAPS Jardim Baiano	22	17	7,7
CAPS Pau da Lima	20	16	7,2
CAPS Oswaldo Camargo	19	15	6,8
CAPS Célia Rocha	20	14	6,3
CAPS Meira Lessa	20	12	5,4
CAPS Aristides Novis	28	11	5,0
CAPS São Caetano	20	9	4,1
CAPS Rosa Garcia	27	9	4,1
CAPS Liberdade	22	9	4,1
CAPS Nise da Silveira	18	7	3,2

Observou-se uma clara predominância do sexo feminino (83,3%) (Tabela 2). A idade mínima foi 24 anos e a máxima 67 anos. A faixa etária predominante foi a de 30-40 anos; 62,9% tinham até quarenta anos, evidenciando tratar-se de uma população relativamente jovem. A proporção de casados e em união estável foi similar à proporção de solteiros (em torno de 44,0%). Em concordância com o perfil esperado, com relação à escolaridade 86,0% tinham nível superior.

Tabela 2- Características sociodemográficas dos trabalhadores dos CAPS de Salvador, Bahia, 2010.

Característica (N)	n	%
Sexo (222)		
Feminino	185	83,3
Masculino	37	16,7
Faixa etária (205)		
Até 30 anos	48	23,4
31-40 anos	81	39,5
41-50 anos	41	20,0
> 50 anos	35	17,1
Situação conjugal (219)		
Solteiro	98	44,8
Casado/união estável	97	44,3
Separado/divorciado	22	10,0
Viúvo	2	0,9
Escolaridade (222)		
Ensino médio	15	6,8
Ensino técnico	16	7,2
Superior	191	86,0

A característica dos CAPS de constituir equipes multiprofissionais foi evidenciada quando se analisou a composição profissional do grupo estudado, com identificação de trabalhadores com diversos tipos de formação (Tabela 3). O grupo de maior participação percentual foi o de psicólogos, com 46 trabalhadores (representando 20,6% do total), seguido dos trabalhadores de serviço social (17,0%), terapeutas ocupacionais (11,9%), enfermeiros

(10,2%) e de educação física (9,2%). Os médicos somaram 3,7% dos trabalhadores.

Tempo de formado entre 6 a 10 anos foi o de maior proporção (32,6%). Destaca-se que mais de 1/4 dos trabalhadores tinham 20 anos ou mais de formados (25,7%), mostrando que um percentual significativo possuía larga experiência no seu campo profissional.

Com relação à instituição formadora, observou-se que, embora tivessem sido mencionadas 45 diferentes instituições da Bahia e de outros estados, três instituições concentravam os percentuais mais expressivos, sendo responsáveis por formar os profissionais que estavam em atividade nos CAPS: a Universidade Católica de Salvador – UCSAL (56 profissionais), a Universidade Federal da Bahia – UFBA (48 profissionais) e a Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – EBMSP (29 profissionais). Das demais 43 instituições referidas: FIB, UEFS, UNIFACS, UNESP e Universidade Tiradentes foram citadas por três profissionais cada uma. A Faculdade Rui Barbosa, a Faculdade São Camilo, FTC, UFPB e UNEB foram referidas por dois profissionais cada. As demais instituições foram citadas por apenas um profissional.

A não realização de cursos de atualização nos últimos dois anos foi referida por 37,9%. O percentual de profissionais com nível de formação em pós-graduação (especialização) foi elevado (75,8%). Observou-se grande diversidade na área da especialização, destacando-se a formação em saúde mental (n=25), saúde coletiva/ saúde pública (n=11), educação/ psicopedagogia (n=11), educação física (n=11), terapias diversas (n=8), psiquiatria (n=8) e gestão/administração (n=7). Registra-se que 3% relataram possuir mestrado.

Tabela 3 - Características gerais de formação profissional dos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial de Salvador, Bahia, 2010.

Formação profissional/Ocupação (218)	n	%
Psicologia	45	20,6
Serviço Social	37	17,0
Terapeuta Ocupacional	26	11,9
Enfermagem	23	10,6
Educação física	20	9,2
Técnico em Enfermagem	15	6,9
Trabalhadores de nível médio	14	6,4
Medicina	8	3,7
Ciências Farmacêuticas	6	2,8
Pedagogia	5	2,3
Administração	5	2,3
Outros*	14	6,3
Tempo de formado		
Até 5 anos	41	21,9
6 a 10 anos	61	32,6
11 a 20 anos	37	19,8
Mais de 20 anos	48	25,7
Realizou cursos de atualização nos últimos dois anos (210)		
Sim	130	61,6
Não	80	37,9
Possui especialização (198)		
Sim**	160	75,8
Não	38	19,2

*Inclui demais profissionais: Fisioterapia (3), Comunicação Social (2), Secretariado (2), Teologia (2), Educação Social (1), Fonoaudiologia (1), Musicoterapia (1), Direito (1), Filosofia (1)

**Dentre esses, seis trabalhadores informaram ter mestrado (3,0% do total de respondentes a essa questão).

Os dados relativos ao tipo de contrato de trabalho relevaram que a maior parte dos profissionais possuía vínculos de trabalho temporários (83,3%), evidenciando situação de precarização do emprego em saúde mental em Salvador (Tabela 4). Além disso, deve ser mencionado o fato de haver várias modalidades de contrato de trabalho temporário (REDA, Redinha, TAC, FOX e cargo de confiança).

O tempo de serviço em saúde até cinco anos foi referido por cerca de 60% dos entrevistados. Portanto, a população estudada era composta por profissionais com tempo recente de inserção em serviços de saúde. Fato que ficou ainda mais evidente quando se observou o tempo de trabalho no CAPS: 54,4% dos profissionais estavam trabalhando no CAPS por tempo igual ou inferior a dois anos. Cabe destacar, contudo, que quarenta e um por

cento dos trabalhadores já tinham tido a experiência de trabalhar em outro serviço de saúde mental antes do CAPS.

Chama atenção o dado relativo a ter outra atividade remunerada além do CAPS: 64,0% mantinham outra atividade de trabalho, mostrando tratar-se de um grupo de trabalhadores com, pelo menos, duplo emprego.

Tabela 4 - Características gerais do trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial de Salvador, Bahia, 2010.

Característica (N)	n	%
Tipo de vínculo de trabalho (214)		
Servidor público concursado	37	16,7
Contrato de trabalho temporário*	184	83,3
Tempo de trabalho em serviços de saúde (192)		
Até 2 anos	43	22,4
> 2 até 5 anos	72	37,5
> 5 até 10 anos	38	19,8
> 10 anos	39	20,3
Tempo de trabalho no CAPS (193)		
Até 2 anos	105	54,4
3 a 5 anos	72	37,3
> 5 anos	16	8,3
Trabalhava em outro serviço de saúde mental antes do CAPS (222)		
Sim	91	41,0
Não	131	59,0
Possui outra atividade remunerada além do CAPS (222)		
Sim	142	64,0
Não	80	36,0

* Inclui vínculos de diferentes modalidades: REDA (99), Redinha (20), TAC (46), FOX (7), Cargo de Confiança (12).

A análise do tipo de vínculo de trabalho por unidade de trabalho revelou que em todos os CAPS havia predomínio de contrato de trabalho temporário. No entanto o percentual variou de 52,9%, no CAPS Adilson Sampaio, a 100% dos profissionais, no CAPS Águas Claras e CAPS iA Liberdade (Tabela 5). Com relação ao percentual de trabalhadores concursados, além do CAPS Adilson Sampaio, destacaram-se o CAPS Jardim Baiano (29,4%), CAPS Aristides Novis (27,3%) e CAPS Meira Lessa (25,0%).

Tabela 5 - Tipo de vínculo de trabalho segundo local de trabalho. CAPS de Salvador, Bahia, 2010.

Local de trabalho (222)	Tipo de vínculo de trabalho			
	Concursado		Temporário	
	n	%	n	%
CAPS Eduardo Saback	4	16,7	20	83,3
CAPS Águas Claras	-	0,0	22	100,0
CAPS iA Liberdade	-	0,0	21	100,0
CAPS Itapuã	3	15,8	16	84,2
CAPS Adilson Sampaio	8	47,1	9	52,9
CAPS Jardim Baiano	5	29,4	12	70,6
CAPS Pau da Lima	1	6,7	14	93,3
CAPS Oswaldo Camargo	3	20,0	12	80,0
CAPS Célia Rocha	2	14,3	12	85,7
CAPS Meira Lessa	3	25,0	9	75,0
CAPS Aristides Novis	3	27,3	8	72,7
CAPS São Caetano	1	11,1	8	88,9
CAPS Rosa Garcia	2	22,2	7	77,8
CAPS Liberdade	1	11,1	8	88,9
CAPS Nise da Silveira	1	16,7	5	83,3

Para detalhar um pouco mais as características dos trabalhadores de acordo com o tipo de vínculo laboral foram avaliadas algumas características, como tempo de trabalho em serviço de saúde e no CAPS, tempo de formado e faixa etária. Todos os profissionais com tempo de trabalho em serviços de saúde e no CAPS inferior a dois anos tinham contratos temporários (Tabela 6). Com relação ao tempo de formado, aquele com maior percentual de vínculo temporário foi a faixa de 6 a 10 anos (98,4%); situação também observada entre mais jovens: ampla predominância de contratos (95,8%). Na faixa de idade de 41-50 anos foi encontrada a maior proporção de concursados (25,6%).

Tabela 6 - Tipo de vínculo de trabalho segundo características do trabalho e faixa etária. CAPS de Salvador, Bahia, 2010.

Características (N)	Tipo de vínculo de trabalho			
	Concurado		Temporário	
	n	%	n	%
Tempo de trabalho em serviços de saúde				
Até 2 anos	-	0,0	43	100,0
> 2 até 5 anos	17	23,9	54	76,1
> 5 até 10 anos	6	16,2	31	83,8
> 10 anos	13	33,3	26	66,7
Tempo de trabalho no CAPS				
Até 2 anos	-	0,0	104	100,0
3 a 5 anos	29	40,3	43	59,7
> 5 anos	6	37,5	10	62,5
Tempo de formado				
Até 5 anos	4	9,8	37	90,2
6 a 10 anos	1	1,6	60	98,4
11 a 20 anos	11	29,7	26	70,3
Mais de 20 anos	27	22,9	37	77,1
Faixa etária (205)				
Até 30 anos	2	4,2	46	95,8
31-40 anos	13	16,0	68	84,0
41-50 anos	10	25,6	29	74,4
> 50 anos	8	22,9	27	77,1

5.2 RESULTADOS DAS ENTREVISTAS COLETIVAS

A investigação do trabalho em saúde nos CAPS de Salvador, Bahia, possibilitou conhecer as tarefas envolvidas no cotidiano laboral, o processo de definição e distribuição de tarefas e atividades, a relação entre as equipes de trabalhadores, destas com a gestão das unidades, as cargas de trabalho existentes, as queixas e problemas de saúde e os elementos que representavam possibilidades de sofrimento e de prazer nesse tipo de trabalho.

A seguir serão apresentados os principais aspectos percebidos pelos trabalhadores como relevantes no seu dia a dia de trabalho.

5.2.1 Características da organização do trabalho no CAPS

Como já descrito anteriormente, os CAPS foram instituídos como serviços de saúde abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos pacientes. É função, também, dos CAPS prestar atendimento em regime de atenção diária, evitando, assim, as internações em hospitais psiquiátricos; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área geográfica de abrangência e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica de saúde. A política de recursos humanos para os CAPS definiu pela implantação do trabalho interdisciplinar e multiprofissional como estratégia para romper com o chamado “especialismo”. Na condução dessa nova política, espera-se contar com um 'novo trabalhador' que, atento e sensível aos diversos aspectos do cuidado, garanta que todo usuário de saúde mental seja atendido com uma visão integral e não fragmentada (BRASIL, 2002).

Como estabelecido nos objetivos, este estudo objetivou descrever o processo de trabalho em saúde mental nos CAPS de Salvador e identificar as cargas de trabalho envolvidas nas atividades realizadas.

Com base nas entrevistas coletivas com as equipes de saúde mental, conduzidas em seis unidades, foi estruturada a descrição das características do trabalho, destacando-se os elementos que emergiram como mais relevantes.

Em todas as unidades estudadas identificou-se que o trabalho foi marcadamente caracterizado pelo esforço de se trabalhar em equipe. Toda concepção da organização do serviço é feita nas reuniões de equipe que acontecem semanalmente e esta se configura como espaço de composição da rotina diária do trabalho e das tarefas desenvolvidas na unidade, servindo, também, como ponto de encontro dos técnicos.

Neste momento processavam-se as trocas de informações para que o grupo de profissionais pudesse ter conhecimento do andamento das atividades em desenvolvimento na unidade e ocorriam as discussões de casos clínicos. Segundo os trabalhadores, era nessa oportunidade que a grade de atividades¹ era confeccionada. A grade constituía um resumo de toda a rotina do serviço e era através dela que os trabalhadores se organizavam para o cotidiano do serviço.

¹ Grade de atividade corresponde a um gráfico onde estão resumidas todas as atividades desenvolvidas semanalmente no CAPS pelos profissionais (LEAL *et al.*, 2007).

As tarefas, como já citado, eram desenvolvidas em equipe, o que era visto por todos como enriquecedor. De forma geral, todos os trabalhadores colaboravam, de alguma forma, para a organização e andamento do serviço.

[...] a idéia de uma equipe multiprofissional é boa, ela deve ter um vínculo de afetividade, companheirismo, de compreender a disponibilidade e especificidade de cada um, porque cada um é distinto (Médico, CAPS 1).

Nos processos de organização do trabalho observou-se, portanto, que as atividades eram definidas com base em discussões e ponderações das equipes de profissionais em cada local. Consequentemente, o estabelecimento de procedimentos e condutas a serem adotados baseavam-se em decisões coletivas – ao menos foram esses elementos que, primeiramente, foram apontados como referências para o ordenamento do trabalho cotidiano das atividades.

No entanto, como será detalhado mais adiante, esse processo de definição e ordenamento das atividades nem sempre era, de fato, seguido como previsto em função, sobretudo, das chamadas intercorrências – situações que surgiam, sem prévio planejamento, e que, por seu caráter de emergência, redefiniam as prioridades e reordenavam as atividades a serem desenvolvidas. Portanto, embora inicialmente as atividades fossem pensadas para atender ao estabelecido na grade, estas nem sempre ocorriam como planejado, evidenciando uma característica relevante no trabalho em saúde mental nos CAPS: a imprevisibilidade era característico no trabalho realizado, o que acabava por estabelecer contornos pouco definidos para o cotidiano de trabalho. Havia o planejamento, mas não havia a garantia de que o planejado corresponderia ao efetivamente realizado.

Com relação às características das relações entre a equipe de trabalho, observou-se que o grupo considerava a integração dos profissionais como boa, assim como o clima e o ambiente de trabalho.

O que eu acho enriquecedor é quando estamos discutindo casos aqui no CAPS, cada um dá sua opinião, cada um fala do seu olhar, isso enriquece muito e traz um grande aprendizado para a gente (Educador físico, CAPS 3).

Quando indagados sobre a integração do grupo de profissionais com as gerências das unidades, em vários CAPS, os profissionais fizeram queixas, destacando-se aquelas alusivas à condução da gestão do trabalho orientada, em alguns casos, por posições autoritárias nas quais as sugestões dos profissionais não eram aceitas, inibindo, assim, qualquer ação nova do trabalhador.

Deste modo, a postura de alguns gerentes entrava em conflito com as perspectivas de funcionamento do grupo ancorada na discussão e decisão coletiva, como pressuposto no trabalho em equipe, o que gerava tensões relevantes.

Portanto, em síntese, pode-se dizer que o trabalho em saúde mental era, na percepção dos trabalhadores, sustentado em um modelo de organização do trabalho, *a priori*, concebido como um trabalho em equipe, estruturado a partir de definições coletivas estabelecidas em processo de discussão do grupo. Essas definições compunham a grade de atividades cotidianas dos serviços. No entanto, concretamente, a realização das atividades diárias era estabelecida por situações diversas que demandavam atenção (nem sempre como previsto) e dependiam, também, do perfil da gestão/coordenação dos serviços.

5.2.2 Característica do processo de trabalho

O início de um dia de trabalho no CAPS ocorria quando as portas da unidade eram abertas e por elas passavam os usuários e os profissionais. No chamado acolhimento, os técnicos recebiam os pacientes, distribuía o lanche, esperavam que o setor de enfermagem fizesse a distribuição da medicação e, logo em seguida, de acordo com a grade de atividades, começavam os atendimentos.

Quando os profissionais chegavam ao CAPS já encontravam uma demanda definida. Em geral, antes da abertura dos portões das unidades, os usuários já estavam esperando, na porta, que os profissionais chegassem e comessem as atividades.

[...] geralmente quando a gente chega aqui já é aguardado pelo usuário lá fora, né? Porque ele já vem demandando uma série de coisas do dia-a-dia, pergunta coisas referentes à medicação, das atividades que irá fazer (Coordenadora, CAPS 4).

[...] quando a gente chega, já começa a atender na porta, no portão já encontramos usuários demandando alguma coisa (Psicólogo, CAPS 2).

O serviço encontrava-se organizado de modo que, normalmente, houvesse sempre um profissional de plantão – uma pessoa responsável pelo acolhimento, encaminhamento e pelo apoio para as intercorrências e a recepção de familiares.

As tarefas diárias desenvolvidas pelos trabalhadores de CAPS eram compostas por oficinas terapêuticas e profissionalizantes, grupos terapêuticos, atendimentos individuais

(psicoterapias, prescrição de medicamentos e orientações), visitas domiciliares, atendimento às famílias, trabalho comunitário de integração da rede, cuidados com a saúde física do usuário (marcação de consultas médicas e odontológicas), ações educativas de promoção do desenvolvimento da cidadania dos usuários e seus familiares, atividades externas de lazer, cumprimento de uma agenda com órgãos e instituições públicas, trabalho administrativo, atualização do prontuário, busca ativa (visitas dos usuários que deixaram de frequentar o CAPS), elaboração e acompanhamento do plano terapêutico individual, oficinas de geração de renda e assistência às Residências Terapêuticas². Além disso, foi observado no discurso dos profissionais que estes assumiam, muitas vezes, o trabalho que deveria ser feito pelas secretarias de ação social e outros órgãos no município.

Como já mencionado, os CAPS constituem serviços de atenção diária que funcionam com atendimento dia, portanto, o paciente volta para casa à noite. Diariamente, uma média de 45 pacientes pode permanecer na unidade em regime intensivo. Os pacientes recebiam, dos técnicos, café da manhã ou lanche, almoço e um último lanche no final da tarde.

Além do trabalho de acolhimento e encaminhamento, cada profissional recebia, da coordenação da unidade, uma lista com os nomes de 28 a 30 pacientes. Para estes pacientes o técnico que foi designado pela coordenação será o profissional de referência no CAPS. O profissional, por sua vez, deverá a conhecer detalhes da vida deste usuário e se responsabilizar pelo seu bem-estar físico e mental.

A determinação das prioridades era feita no acolhimento, no momento em que o trabalhador recebia o paciente e identificava as necessidades do usuário e, de acordo as demandas, eram agendados os procedimentos e as condutas a serem adotadas.

As ações referentes aos pacientes eram discutidas e definidas em reuniões das equipes de trabalho.

As assembléias com os usuários e reuniões de equipe podem acontecer semanalmente. Mensalmente, os técnicos trabalham na confecção de Autorização para Procedimentos de Alta Complexidade (APACS)³, formulários que devem ser preenchidos pelos profissionais para que o conjunto de procedimentos a que se referia a Portaria 189/02 –e que incluía atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação familiar), atendimento em grupo

² O Serviço Residencial Terapêutico foi criado pela Portaria nº 106/2000 como unidade habitacional (casas), localizada no espaço urbano, para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves egressas de longas internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL/MS, 2004).

³ Os CAPS foram incorporados inicialmente como serviços estratégicos no Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC) do Ministério da Saúde através das Portarias nº 336/02 e nº189/02. Sendo assim, esses instrumentos normativos alteraram a fonte de financiamento dos CAPS e incluíram na Tabela SIA/SUS códigos para os grupos de procedimentos na área de saúde mental. Note-se que o valor de cada procedimento descrito na Portaria incluía todos os atos, atividades e materiais necessários à sua realização (BRASIL/MS, 2004).

(psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social), atendimento em oficinas terapêuticas, atendimento às famílias e atividades comunitárias –possa ser cobrado pela Secretaria Municipal de Saúde. A Portaria 336/02 descreve, de acordo com o tipo de CAPS e sua complexidade, as atividades a serem desenvolvidas. A maioria delas faz parte do conjunto de atendimentos que será cobrado por APAC. Note-se que o valor de cada procedimento descrito na Portaria inclui todos os atos, atividades e materiais necessários à sua realização (MS, 2004).

Atualmente, em função de uma determinação do Ministério da Saúde, de 27 de novembro de 2008, através da Portaria 2.867, a remuneração para o trabalho nos CAPS deixou de ser por produtividade real (proporcional ao número de casos atendidos, em diferentes graus de complexidade de atendimento) e passou-se, então, a remunerar os serviços prestados pelos trabalhadores de saúde mental pelo cálculo feito com base em uma série histórica formada pelos pagamentos retrospectivos aos CAPS já existentes. Os valores atingem cerca de 70% do máximo estipulado anteriormente. Desta forma, este novo sistema pode deixar de remunerar esforços adicionais de ampliação de cobertura dos mais necessitados de cuidados intensivos e recompensar os que diminuem seu ritmo de atendimento e recompensa aos que diminuem seu ritmo de atendimento e o baixam para o mínimo, ou aumentam a proporção de casos de cuidados não-intensivos.

A atual política nacional de saúde mental pode tornar o trabalho executado pelos profissionais de CAPS invisível, uma vez que não se registra e nem remunera o exaustivo trabalho de preparação e planejamento das atividades desenvolvidas diariamente com os pacientes.

A interlocução para a divisão das tarefas era feita pela coordenação, geralmente nas reuniões de equipe. As tarefas eram direcionadas de acordo com demanda e com o perfil e a especificidade profissional dos trabalhadores.

As definições de papéis e de atribuições de cada profissional no novo modelo de atenção à saúde mental, no entanto, não estavam muito claras, o que gerava conflitos, mas podiam, também, estruturar possibilidades para o diálogo e para a construção de alternativas novas para o trabalho.

Até há pouco tempo discutíamos o papel da enfermeira, seu lugar e as intervenções (Psicólogo, CAPS 5).

Então não é preestabelecido o que é a função de fulano, nem de beltrano (Assistente Social, CAPS 6).

Quando existem visões diferentes pode existir conflito, então, numa equipe multidisciplinar o desafio é grande, porque o modelo é novo e os conflitos aparecem, mas estes fazem com que a equipe cresça (Enfermeira, CAPS 1).

5.2.3 As cargas de trabalho

A avaliação das cargas de trabalho evidenciou que os fatores mais relevantes para o desgaste dos trabalhadores estavam relacionados ao ambiente de trabalho, especialmente a infra-estrutura física dos locais de trabalho, às cargas psíquicas e à insegurança no trabalho. Este último elemento incluiu dois tipos de insegurança: um tipo relacionado ao tipo de vínculo empregatício, ocasionada por contratos de trabalho temporários, e a insegurança com relação à proteção e integridade física e psíquica dos trabalhadores, deflagrada por situações de vulnerabilidade e de violência, às quais, de modo similar ao que acontece com inúmeros grupos sociais, em maior ou menor grau, também os trabalhadores da saúde encontram-se expostos.

5.2.3.1 O Ambiente de Trabalho

As queixas sobre o ambiente de trabalho evidenciaram claramente a inadequação dos espaços utilizados. As observações dos profissionais quanto à área física dos CAPS foram similares em todas as unidades investigadas. Foram registradas reclamações generalizadas sobre a inadequação dos locais de trabalho para o serviço prestado. Dentre os problemas elencados destacaram-se o calor intenso no verão, a falta de ventilação nas salas de trabalho de grupo, o barulho intenso oriundo da rua ou dos próprios usuários na unidade, muita umidade das paredes na época de chuvas, o que facilita a formação de fungos, falta de manutenção e higienização precária dos prédios e dos sanitários utilizados por todos. Portanto, com relação ao ambiente de trabalho, constatou-se que os espaços físicos existentes não atendiam às necessidades dos serviços, sendo, em geral, construções alugadas que, para funcionar como um CAPS, exigiam improvisações as mais variadas para que, minimamente, pudessem atender às demandas das atividades planejadas.

Outra dificuldade enfrentada pelos trabalhadores estava associada à falta de espaços reservados, nos quais, com uma determinada privacidade, fosse possível redigir as anotações nos prontuários, almoçar ou discutir algum caso sem serem interrompidos por algum usuário do serviço, como atestam os relatos dos profissionais:

A coordenação fez uma programação de ficar sempre um técnico de plantão, e ao meio-dia, então, a gente queria ter um tempo também para poder descansar em paz, meio-dia [...] (Assistente Social, CAPS 5).

Você está aqui escrevendo, aí o usuário abre a porta, em outro contexto você podia dizer, agora não, não interrompa, estou ocupado [...] (Psicólogo, CAPS 5).

Se a gente pensar em qualidade, a primeira coisa é pensar na estrutura física: hoje, se procurarmos uma sala para atender, não encontramos..., discutimos um usuário nessas cadeiras aí do corredor [...] (Psicóloga, CAPS 2).

5.2.3.2 As Cargas Laborais: as demandas excessivas em foco

As atividades exercidas pelos trabalhadores de saúde mental, em que pese as entrevistas, são amplas e, além da diversidade, é um trabalho que exige muito do trabalhador. As reclamações sobre as cargas laborais demonstraram que estes técnicos exercem suas atividades sob alta pressão psicológica. Conforme pudemos registrar, as queixas mais frequentes foram falta de tempo para realizar as atividades programadas, dificuldade no cumprimento da carga horária contratada, o fato de a maioria dos trabalhadores cumprir dupla ou tripla jornada de trabalho e exigência por parte da gestão para aumentarem o número de atendimentos.

Você fica com a cabeça pesada porque tem de cumprir a carga horária em outro lugar (Terapeuta ocupacional, CAPS 2).

Essa responsabilidade, muitas vezes, era vivenciada com sofrimento pelos trabalhadores:

Angústia, uma palavra angústia [...] exatamente porque a gente tem as atividades de grupo, as oficinas que a gente planeja e temos de dar conta de uma quantidade de usuários referências (Assistente social, CAPS 2).

Além do volume significativo de atividades, o tempo disponível para realizá-las também se mostrava insuficiente:

A dinâmica é intensa e não dá tempo para tudo (Terapeuta Ocupacional, CAPS 3).

A gente vem para o CAPS pensando em poder realizar todas as atividades que supostamente estariam programadas. No dia a dia não conseguimos realizar por conta das outras demandas que vão surgindo (Assistente social, CAPS 3).

Eu acho que um outro fator limitante, além dessa questão, que é a estrutura física, a organização do serviço, que faz com que a gente tenha que dar conta de várias coisas. A gente tem de ser técnico de referência, fazer acolhimento, técnico de plantão, oficinas, busca ativa; então, a gente faz muitas atividades e acaba que a gente não se concentra, não faz um trabalho bacana em uma única coisa, a gente acaba que faz tudo! Mas não consegue se dedicar especificamente a uma determinada atividade (Terapeuta ocupacional, CAPS 2).

Os profissionais consideravam que as várias demandas ocasionavam uma sobrecarga na rotina, pois, além do trabalho manual, burocrático, havia o trabalho mental de reflexão e superação dos problemas.

Além das demandas excessivas, os profissionais chamam atenção para a contínua necessidade de vigília que precisavam manter. O fato de a clientela de um CAPS ser formada, na sua maioria, por pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, e que, às vezes, apresentavam um comportamento de difícil previsibilidade, que podia mudar repentinamente, exigia que a equipe ficasse o tempo inteiro em estado de alerta.

[...] mas os pacientes com alto poder de agressividade, então o risco é grande, já se pegou paciente aqui que agrediu, de agressão física, paciente chegar aqui, eh, armado de faca, paciente chegar aqui com pedaço de espelho guardado na bolsa, guardado na sacola, porque agrediu alguém, um vizinho [...] então a área que nós trabalhamos é uma área de alta periculosidade (Assistente Social, CAPS 6).

Outro aspecto destacado nas entrevistas, também associado às características da clientela assistida e ao tipo de serviço prestado, referiu-se às situações de intervenção que não estavam previstas e que demandavam atenção imediata da equipe, dificultando ou mesmo impossibilitando que as atividades planejadas fossem executadas. Essas situações, como já mencionado, conformavam as chamadas intercorrências. Não raro, essas intercorrências dificultavam a manutenção da rotina diária criada e discutida nas reuniões de equipe. Tanto que, normalmente, havia a necessidade de um re-planejamento de ações e a exigência de manter a vigilância constantemente.

A rotina é fundamental para os grupos e oficinas, mas tem outra rotina clínica que não tem rotina: são as intercorrências (Psicólogo, CAPS 5).

[...] e outra coisa é a sua intervenção também. E você tem de se policiar e perguntar por que a clínica lhe envolve o tempo inteiro. Estar modulando essa autocrítica é que é o fator estressor... eu poderia dizer: agora não, estou ocupado [...], enfim, se ele está com uma demanda, você tem de intervir, e esse tempo inteiro de clínica é estressor (Psicólogo, CAPS 5).

As intercorrências, ou situações de atenção imediata sem prévio planejamento, estabeleciam, no dizer dos trabalhadores, um paradoxo, opondo a continuidade das atividades de rotina, necessárias para o alcance dos bons resultados nas condutas terapêuticas estabelecidas (requisito importante no tratamento de pacientes com adoecimento psíquico), com as necessidades imediatas de intervenção que, frequentemente, obrigava a equipe a redefinir ou repensar as ações cotidianas de rotina. Assim, evidenciou-se que o trabalho em saúde mental guardava sempre uma necessidade latente, que podia ou não se revelar no dia de trabalho, devendo o profissional estar atento ao seu entorno e pronto para atuar segundo a exigência que for explicitada.

São dois paradoxos: devemos planejar todas as atividades como necessidade de organizar o serviço e, por outro lado, o trabalho em saúde mental é algo muito dinâmico, muito vivo (Psicóloga, CAPS 2).

Para o enfrentamento dessas situações não previstas, os vínculos entre os trabalhadores de cada equipe despontaram como o principal mecanismo de proteção dos próprios trabalhadores. Na fala dos trabalhadores notou-se que as relações entre os colegas eram pautadas por uma imensa cooperação. Todos os profissionais, de uma maneira ou de outra, ajudam a cuidar dos mais variados acontecimentos diários, isto é, dos imprevistos que fazem parte da rotina destes serviços.

Voltando à rotina, voltamos à discussão da urgência/emergência, o usuário pode chegar aqui em crise, aí temos que encaminhar para algum lugar, então alguém vai (Psicólogo, CAPS 5).

Entre as cargas psíquicas ou riscos capazes de provocar estresse ou tensão emocional destacou-se o fato de vários trabalhadores atribuírem a instabilidade dos vínculos trabalhistas como um dos fatores que mais expõem a saúde mental deles, conforme ilustra a fala de um profissional:

A instabilidade de vínculos é um fantasma constante... isso mexe com a autoestima [...] é uma coisa que magoa. Este é um fantasma constante na vida da gente, é você estar acreditando, gostar tanto e saber que a qualquer momento você não existe mais (Psicopedagoga, CAPS3).

5.2.3.3 Riscos sociais – exposição à violência

A partir da reconstrução do processo de trabalho nos CAPS emergiu um novo tipo de risco, que foi denominada de “risco social”. Estes riscos estavam presentes no ambiente externo de trabalho, quando os trabalhadores dedicavam-se às intervenções externas, o trabalho de matriciamento, busca ativa e visita à residência dos usuários.

Estes riscos se caracterizavam por perigos a que os trabalhadores podiam estar expostos quando entravam em comunidades lideradas por pessoas envolvidas com o tráfico de drogas ou trabalhavam em unidades situadas em comunidades consideradas perigosas.

As tarefas que mais apresentam riscos são as intervenções externas, porque quando a galera sai pra fazer uma intervenção domiciliar, sai ela e ela munida dela, no nível dela e do colega do lado e do motorista, então a gente não tem nenhum mecanismo de defesa que não seja a gente sair correndo e gritar por socorro (Coordenadora, CAPS 1).

Segundo os profissionais, o nível de tensão causado pela insegurança nas imediações do local de trabalho é outro fator muito estressante. Os relatos evidenciaram que muitos profissionais foram ameaçados por moradores de rua que viviam nas imediações das unidades dos CAPS:

É essa galera que fica aqui na sinaleira, pedindo dinheiro, que entra aqui e ameaça a gente, e depois a gente vai pegar o ônibus aí na frente onde eles estão. Outro dia uma colega saiu, o rapaz veio aqui ameaçar todo mundo e ela não teve coragem de sair pra trabalhar, ficou esperando o motorista chegar pra ir embora, então isso é estressante, isso é complicado pra qualidade do serviço. Eles vêm aqui e ameaçam a gente, já fizeram xixi aqui na frente, já jogaram xixi aqui, porque já teve dias em que a gente não tinha segurança e acabou que a gente liberou os usuários, porque a gente já tava tantos dias sem segurança, numa tensão tão grande que ficamos, eu e uma colega, aqui na porta, entrincheiradas pra vigiar, e qualquer pessoa que entrasse a gente gritasse, já teve a situação de estarmos sem segurança e as meninas estarem aqui na sala e entrar uma pessoa que não é do CAPS e se trancar aqui. Então, assim, isso é estressante, não é o usuário, não é o nosso usuário (Terapeuta ocupacional, CAPS 1).

Outro risco citado apontado foi o de ser agredido dentro da unidade:

Ele (paciente) é uma pessoa que se acostumou a ter ganhos secundários. O funcionamento dele é extremamente perverso. Ele quebrava os carros, quebrava as coisas aqui no CAPS, isso tudo foi vivido de uma forma muito assustadora, porque a gente se viu muito vulnerável, a equipe virou refém disso (Assistente social, CAPS 4).

[...] risco, existe. Aqui a gente já teve problema no momento em que eu fui tentar conter um usuário e eu tava sozinha, eu tava errada porque fui tentar fazer sozinha e me machuquei, ele me machucou, não foi intencionalmente “vou te machucar”, mas, e aí? No momento em que eu tentei segurar ele pra que ele não saísse daquele jeito, ele saiu me arrastando e me machucou, mas não foi nada grave, mas é, acontece (Terapeuta ocupacional, CAPS 1).

A vida do profissional que vive na comunidade onde trabalhava elevava ainda mais a percepção de risco e de insegurança:

Eu falo enquanto profissional e moradora da região, desta comunidade. Hoje eu me deparo com situações de uso de drogas e questionar com o usuário, lidar com a situação [...] questionar sobre o tráfico e me lembrar que estou na comunidade [...]. Hoje em dia eu me questiono: meu filho de 3 anos estuda aqui próximo ao CAPS, eu deixo ele na escola e venho para o CAPS andando. E aí os usuários podem saber onde moro, onde meu filho estuda e como é isso em outras situações sociais? (Assistente social, CAPS 2).

As questões de violência, portanto, apareceram como uma carga de significativa magnitude entre os trabalhadores e ocorrem de diferentes fontes:

- a. Da população excluída socialmente que circula em torno dos locais de trabalho;
- b. Dos usuários dos serviços, que podem ficar violentos em algumas situações;
- c. Das comunidades em que os serviços estão inseridos, muitas vezes dominadas pelo tráfico de drogas.

5.2.4 Os problemas de saúde

Em consonância com as cargas de trabalho mencionadas, com amplo predomínio das referências às cargas psíquicas, decorrentes não apenas da natureza do trabalho, mas, especialmente, pelas condições em que o trabalho é executado (infra-estrutura precária e marcante insegurança), as queixas e problemas de saúde mais citados estavam relacionados ao sofrimento desencadeado pelo trabalho, como será detalhado adiante. Contudo cabe também destacar alguns problemas de saúde referidos como relevantes pelos trabalhadores.

Uma queixa recorrente foi a de infecção constante por escabiose. Os profissionais relataram que não usavam luvas descartáveis durante os momentos de contato físico com os pacientes e que isto acabava sendo fonte de contínuas infecções e problemas de pele para os trabalhadores. Apontaram, ainda, que, embora esse fosse um assunto delicado no qual podem estar envolvidos preconceitos os mais diversos, era uma realidade que a gestão precisava considerar e buscar soluções para equacionar o problema, especialmente porque pode estar espelhando um paradigma de que o doente mental não sofreria de outras enfermidades clínicas. Portanto, colocava-se a necessidade de que o paciente fosse visto em suas várias dimensões. Apenas considerar que era preconceituoso o uso de luvas para o contato com os pacientes, ou o seu inverso, negar que havia um problema concreto envolvido, eram posicionamentos que não representavam alternativas para a solução do mesmo.

Interessante observar, através da referência a essa queixa, a complexidade da atenção à saúde mental, reforçando a percepção de indissociabilidade entre físico e mental e a necessidade de que a atenção seja pensada em suas múltiplas dimensões: o corpo, a mente, suas representações, seus símbolos e significados.

Outra queixa relevante foram as infecções urinárias. Foi relatado que as condições higiênicas nos banheiros não eram adequadas, o que fazia com que muitos dos técnicos evitassem o uso dos mesmos ou não bebesses água durante a estadia no serviço.

Eu mesma, quando estou aqui trabalhando, não vou ao banheiro, então eu saio daqui meio-dia para chegar em outro lugar, apertada(Enfermeira, CAPS 2).

Os trabalhadores referiram ocorrência de dores de cabeça constantes e as relacionavam como uma consequência da tensão permanente no serviço. Segundo relatos, nos últimos meses que antecederam à coleta de dados tinham sido nomeados vários novos gerentes dos serviços e estes, por sua vez, tinham pouca ou nenhuma experiência em gestão de serviços de saúde mental.

O resultado é que, em alguns CAPS, houve uma desestruturação das equipes em decorrência das mudanças na forma de conduzir a política de saúde mental, trazendo incoerência e contradições entre os saberes e práticas dos trabalhadores e o modelo de gestão adotado, como podemos observar nas falas dos trabalhadores:

[...] eu tive problemas com a direção por que atendi individualmente um paciente. Eu coloquei isso no relatório e fui chamada pelo gerente que me disse que meu relatório estava errado! Ele disse que em CAPS só podemos fazer atendimento grupal (Assistente social, CAPS 2).

[...] acontece que os chefes não têm visão e ficam querendo cobrar apenas o horário (Fisioterapeuta, CAPS 2).

As informações obtidas nas entrevistas a respeito da percepção dos trabalhadores em referência à relação entre saúde e trabalho nas unidades nos permitiram identificar que esta era percebida como precária, e até mesmo de vulnerabilidade. Os técnicos em saúde mental queixam-se de que há uma falta de interesse dos gestores em tomar conhecimento sobre as reais condições de trabalho dos mesmos.

[...] na verdade esta administração nunca veio aqui pra procurar ver a situação do CAPS, do atendimento, das nossas necessidades, como a gente está se sentindo nesse lugar que a gente foi colocado (Assistente Social, CAPS 4).

A falta de suporte psicológico é estabelecida como fator que pode desagregar a saúde mental dos trabalhadores:

Nós precisamos de suporte. Eu tenho meu suporte psicanalítico, que eu acho que, se não fosse isso, eu não ia conseguir (Terapeuta ocupacional, CAPS 2).

Nós já tivemos supervisão clínico-institucional, foi um período que ajudou bastante o grupo, na época trazíamos as angústias do cotidiano e aí de alguma forma a supervisão nos dava um suporte! A supervisão é o instrumento! (Psicóloga, CAPS 2).

Diante dos discursos dos trabalhadores pudemos concluir que o momento é de muita dificuldade institucional, aparentemente resultado de uma falta de medidas de suporte para as equipes de trabalhadores.

5.2.5 Potencialidade e limites dos processos de trabalho em saúde mental

Na avaliação sobre as potencialidades e os limites do trabalho nos CAPS, os profissionais relataram que a re-construção psíquica dos pacientes e o reconhecimento da família e do usuário constituíam as maiores fontes de prazer na realização do trabalho. No discurso dos trabalhadores, o fato de poder oferecer bom atendimento e de poder ajudar o paciente ou a sua família a melhorar suas condições de saúde e de vida eram fatores que proporcionavam muito prazer no trabalho.

Um aspecto que deve ser levado em consideração no trabalho desenvolvido no CAPS, e que pode ter origem na própria concepção do serviço, relaciona-se ao envolvimento muito intenso do trabalhador com os problemas dos usuários. Dentre os ensinamentos sobre a clínica desenvolvida nestes novos dispositivos, destaca-se “*o modo CAPS de operar o cuidado*”. Este modo e a noção de “clínica ampliada” ou “clínica da reforma”⁴, que se traduzem numa íntima relação do serviço, diga-se, do trabalhador, com a comunidade e do mesmo modo com o sofrimento psíquico apresentado pelo paciente, sendo responsável por promover a mudança e evolução no quadro do paciente, prega o cuidado.

O cuidado, parafraseando Boff (2008), “*significa desvelo, solicitude, zelo, atenção e bom trato*”, além disso, a atitude do cuidado só acontece quando a existência, a saúde de uma pessoa torna-se importante para alguém. Podemos dizer que a atitude de cuidado só é constituída a partir do estabelecimento de relações afetivas entre duas pessoas e quando há uma disposição em participar do destino do outro, de suas buscas e de seus sofrimentos, isto é, a atitude de cuidado pode provocar preocupação, inquietação e sentido de responsabilidade.

Essa relação de cuidado pode colocar em risco a saúde do trabalhador, no momento em que, por um lado, pela doação, pela proximidade (que pode gerar confusão e fusão com o outro), revelando que todos somos humanos e podemos padecer pelos mesmos males – o profissional de saúde mental se vê compelido a ouvir e suportar um conjunto de angústias, de conflitos, de obstáculos diante de cada ato, de cada pessoa com quem se defronta na prática.

Teve ocasião em que eu chorei mesmo! Porque a gente está fragilizada e às vezes embola tudo, não é que você vai se envolver com as questões do paciente, mas você sai mexida mesmo e não consegue manter a neutralidade o tempo todo! (Psicóloga, CAPS 4).

O profissional de saúde, ao conviver com o sofrimento alheio, pode sofrer uma revivência de momentos de sofrimentos pessoais, pois conviver com o sofrimento pode gerar sofrimento. Este trabalhador lida com gente, com gente doente e sofrendo psicologicamente no cotidiano da clínica, e, muitas vezes, frente a conflitos intensos, tanto do paciente quanto de familiares, que o risco de ser invadido por ansiedade intensa e incontrolada pode estar presente na própria natureza do trabalho (PITTA, 2003; LAGO *et al.*, 2010).

O cuidado cotidiano de pessoas portadoras de transtorno mental requer de uma equipe de trabalhadores um imenso trabalho de agenciamento dentro de uma comunidade, que vai desde a aquisição dos direitos sociais à satisfação de necessidades básicas, como a moradia e

⁴Expressão encontrada no texto de Leal e Delgado (2007).

alimentação. Em uma realidade social como a brasileira, na qual as desigualdades sociais fazem parte do labutar diário das pessoas, o estar exposto diariamente a este sofrimento, a limitação e a onipotência do profissional da saúde em não poder resolver todos os problemas dos pacientes pode causar sofrimento e frustração.

A gente lida muito com esse sofrimento do paciente, é um sofrimento que tem continuidade, que acompanha seu dia a dia (Psicólogo, CAPS 4).

O que pra mim é muito complicado, eu acho que é a coisa do desgaste emocional, eu tenho um atendimento que me mobiliza muito, às vezes; enfim, porque, eu acho que é isso mesmo, me mobiliza muito. É um pai de um rapaz que era do CAPS ad, que tem um transtorno associado ao uso das drogas, e que bate no pai, o pai é um senhor que não sabe mais o que fazer, e no último atendimento eu disse: eu não sei mais o que fazer para ajudar o senhor! Ele me disse: eu sei, mas eu vim aqui conversar porque eu preciso dividir isso com alguém! É um peso muito grande, eu fico meio emocionada, é um peso, pra mim, muito pesado, tem dias que chego em casa destruída emocionalmente! de ver a mãe de A., que é uma mulher frágil, né? cheia de ruguinhas [...] (Terapeuta Ocupacional, CAPS 1).

Na assistência em saúde mental, em um CAPS, os desafios vivenciados no cotidiano devem ser cercados de muito cuidado por parte dos gestores. Com a assistência prestada à população, com a convivência diária na unidade, os trabalhadores passavam a lidar com o mesmo tipo de experiências vividas pela clientela, tais como situações laborais adversas, expectativa de desemprego, crise de identidade profissional, restrição da rede de apoio.

Aí você começa a entender porque ele vem sujo todos os dias, então fica mais próximo o contato. Quando a gente vai na casa da família e que a gente vê que não é uma casa, que é um cômodo onde mora um monte de gente e de onde não se tem a mínima condição de vir limpo pra cá, onde comer comida está misturando gente com bicho, com rato, com gente! Este é o cotidiano deles. Às vezes a gente fala: poxa, fulano vem todo dia! É feriado, é dia santo! Mas ele não tem condição de ficar na casa dele [...] (Terapeuta Ocupacional, CAPS 1).

A necessidade de formação e qualificação dos trabalhadores foi pauta em todas as entrevistas. Os trabalhadores fizeram referência à necessidade de capacitação de recursos humanos, como uma forma de se adequarem para o enfrentamento das novas estratégias em saúde mental.

[...] assim aprendi que somos técnicos em saúde mental, aí temos um nome, que bom! Senão seria uma coisa assim, todo mundo faz tudo (Enfermeira, CAPS 3).

A princípio, para quem nunca trabalhou neste sistema, é meio que desorganizador, porque a gente fica meio perdida, meio confusa. Mesmo porque não há uma preparação anterior. Não tem capacitação. A gente vai se capacitando e contando com a boa vontade de quem já está ali, né? Eu acho que é um perigo e ao mesmo tempo exige deste profissional um dinamismo, um interesse, é uma faca de dois

gumes... eu acho que quem trabalha em CAPS está preparado para trabalhar em qualquer lugar (Enfermeira, CAPS 3).

Uma estratégia encontrada para o enfrentamento da falta de capacitação foi, segundo o discurso dos trabalhadores, a troca de informações e textos.

[...] alguém tem um texto e disponibiliza para todos (Assistente social, CAPS 4).

Eu acho que tem um longo caminho ainda. Falta muita coisa a nível de rede, a nível de informação, entendeu? A própria capacitação dos profissionais que trabalham, pois, capacitados, eles levam junto o CAPS (Assistente Social, CAPS 6).

[...] nós procuramos nos especializar, ler e nos informar (Educador físico, CAPS 4).

De um modo geral, os trabalhadores se organizavam para que, nas reuniões de equipe, algum tempo pudesse ser disponibilizado para a discussão de textos técnicos. De acordo com o discurso dos técnicos de saúde mental, a melhoria na assistência, a revisão dos paradigmas da doença mental e ampliação do campo estaria diretamente ligada à capacitação da equipe.

6 DISCUSSÃO

6.1 PERFIL DOS TRABALHADORES NOS CAPS DE SALVADOR

A proposta deste estudo foi analisar o trabalho em saúde mental nos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) de Salvador, com a finalidade de descrever as características do processo de trabalho dos profissionais em saúde mental e a percepção dos trabalhadores sobre as cargas laborais às quais estão submetidos.

As informações sociodemográficas sobre os trabalhadores de saúde mental que trabalham nos CAPS em Salvador nos mostraram vários aspectos relacionados à formação, pós-graduação, capacitações, vínculos empregatícios, remuneração, área de atuação profissional, estado civil, faixa etária e formação profissional.

Os resultados indicam que os trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial de Salvador, em relação a sexo, faixa etária e nível de escolaridade, assemelham-se a outros trabalhadores de saúde mental no país (COUTINHO NETO, 1998; DALMONIN, 1998; BISCHAF, 2006).

Apesar de as equipes serem constituídas de forma multiprofissional, encontramos uma predominância da categoria profissional psicólogos, representando 20,6% do total de profissionais. Na sua maioria, estudos que avaliaram serviços de saúde em geral, encontraram resultados nos quais a categoria profissional com maior representatividade em unidades de saúde é a de enfermeiros, sendo que, em algumas localidades no Brasil, o percentual de pessoal de enfermagem chega a 53,5% nas unidades de saúde (PEDUZZI *et al.*, 2000; FIGUEIREDO *et al.*, 2004; DIEESE, 2006; ALMEIDA *et al.*, 2007; KIRCHHOF *et al.*, 2009; MATOS *et al.*, 2009). Uma das hipóteses para a predominância da categoria profissional de psicólogos na reabilitação psicossocial pode ser a especificidade da atenção dispensada nesta clínica de cuidados.

O tempo de formado revela profissionais com uma larga experiência no seu campo profissional; ampla maioria declarou ter feito cursos de especialização. Essa informação nos permite supor que, assim como em outros estudos, os conhecimentos adquiridos no curso de graduação possuem baixo impacto nas práticas atuais desses profissionais e, de uma forma análoga, os conhecimentos não vieram do curso de graduação, mas sim de formação posterior

à conclusão do curso universitário (OLIVEIRA *et al.*, 2003; BISCHAF, 2006; PEDUZZI, 2007). Estes resultados evidenciam a real necessidade de capacitação dos profissionais antes de encaminharem estes ao campo de trabalho.

O tempo de serviço em saúde, de até cinco anos, nos mostra uma população composta por trabalhadores com tempo recente de inserção no campo da saúde mental. A modalidade de contratação por meio da terceirização do vínculo empregatício evidencia a precarização da situação trabalhista destes profissionais.

Os resultados apontaram, também, que a maioria dos técnicos tinha outra função remunerada, além do CAPS. Submetidos a este regime de trabalho, parcela não desprezível, 64,0% dos ocupados atualmente da saúde mental em Salvador, necessitavam, então, estender suas jornadas de trabalho e, ao acumularem o período de trabalho semanal dedicado ao trabalho principal com o tempo trabalhado na segunda ocupação, devem vivenciar uma intensidade de trabalho distante dos limites apregoados pela legislação trabalhista brasileira e, sem nenhuma sombra de dúvida, tornam-se muito vulneráveis a doenças ocupacionais.

Este fato vem coincidir com resultados de outras pesquisas no território nacional, principalmente nas áreas metropolitanas nordestinas (DIEESE, 2006). Alguns estudos nos mostram que os trabalhadores propensos a aceitarem um segundo emprego são aqueles que procuram uma fonte de rendimento adicional em decorrência dos baixos ganhos no trabalho principal; outros assinalam que a decisão do trabalhador de participar pela segunda vez da força de trabalho deve-se à natureza da atividade desempenhada, à flexibilidade da jornada de trabalho e, em muitos casos, à possibilidade de exercício autônomo da profissão, como é o caso de médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, psicólogos, entre outros (ARAÚJO *et al.*, 2003; NASCIMENTO-SOBRINHO *et al.*, 2006; DIEESE, 2006).

Nesse contexto, podemos concluir que os trabalhadores de saúde mental, assim como os do setor de serviços de saúde, estão mais habituados a acumular mais de um posto de trabalho em comparação a outros profissionais em outros ramos produtivos (COUTINHO NETO, 1998; PITTA, 2003; ARAÚJO *et al.*, 2003). Na interpretação destes dados, podemos concluir que os trabalhadores da saúde, em geral, pela natureza de sua atuação, podem estar entre as categorias profissionais mais expostas ao sofrimento no trabalho. O risco está no fato de que, ao lidarem com o sofrimento de outros seres humanos, em condições de trabalho adversas ou inadequadas, estes trabalhadores se colocam em situação de vulnerabilidade a doenças ocupacionais, e, desta forma, não apenas colocam em risco a sua própria saúde, o que já é grave, como também ampliam o alcance desses efeitos que acabam atingindo a população que atendem (PITTA, 2003; LAGO *et al.*, 2010).

6.2 O TRABALHO EM SAÚDE MENTAL: CARACTERÍSTICAS, PRAZERES E SOFRIMENTOS

A investigação sobre as características gerais de determinados processos de trabalho pode descortinar e sistematizar conhecimentos sobre riscos e danos à saúde, que podem, por sua vez, proporcionar uma visão mais clara das condições de trabalho e dos riscos aos quais os profissionais estão expostos diariamente (FACCHINI, 1991).

Os resultados das entrevistas coletivas destacaram elementos relevantes no cotidiano dos trabalhadores, proporcionando-nos uma visão ampla do processo de trabalho, fluxo de atividades, atribuições, relações estabelecidas entre os trabalhadores, suas concepções sobre as cargas de trabalho e os riscos aos quais estão expostos diariamente.

O conjunto dos relatos nos permite concluir que o trabalho nos CAPS é desenvolvido obedecendo às atribuições, normas de funcionamento da Portaria nº 336/GM de 2002 e a composição das equipes obedece a alguns critérios como a concentração populacional e a complexidade da unidade de saúde.

Os resultados mostraram que o processo de trabalho nos CAPS em Salvador ainda se encontra em construção. Entre os profissionais que participaram do estudo, ainda predominam questões relativas à elaboração e problematização de como se fazer o trabalho. Revelam o conhecimento de que fazem parte de um novo dispositivo estratégico de cuidados em saúde mental, da necessidade de serem pioneiros na implantação de um trabalho interdisciplinar e multiprofissional, se articulam no sentido de definir as atividades com base nas discussões coletivas.

No entanto, para boa parte dos profissionais investigados, as definições e papéis de cada um não estavam muito claras, o que acabava gerando conflitos. Figueiredo e Rodrigues (2004), em uma pesquisa com psicólogos no estado do Espírito Santo, concluíram que a equipe ainda não tinha internalizado o conceito de desinstitucionalização das novas políticas em saúde mental, ficando este apenas como elemento de discussão teórica, o que não se observou neste estudo, uma vez que a percepção dos trabalhadores sobre suas práticas cotidianas indicaram relatos de que as práticas e atividades eram ordenadas pelas equipes de trabalho, embora em alguns momentos tenha sido apontada a interferência de gestores no trabalho das equipes.

Os conflitos existentes nas relações estavam relacionados à coordenação de nível central. Embora o trabalho em CAPS seja caracterizado pela horizontalização das relações, alguns trabalhadores referem não haver espaço aberto nos quais os mesmos pudessem participar da tomada de decisões e, na opinião destes, havia um sentimento de desrespeito no momento em que a opinião deles não era levada em consideração. Araújo *et al.* (2003), em estudo sobre relações de saúde e trabalho, enfatizam que quando o trabalho é realizado em condições de baixo controle e alta demanda é nocivo à saúde dos trabalhadores.

Segundo alguns estudos, no exercício cotidiano do exercício profissional em equipe pode haver, de fato, inúmeras dificuldades de articulação, pois os profissionais de diferentes áreas tendem a reconhecer cada uma delas como se fosse peculiar e constituída isoladamente, obscurecendo a historicidade e a dinâmica social que engendrou e configurou cada campo profissional e o respectivo processo de trabalho especializado (RAMMINGER, 2005; BISCHAF, 2006; PEDUZZI, 2007, LANCMAN, 2008).

O CAPS é um local de produção de cuidados, de produção de subjetividades e, de acordo com alguns autores, é um local para articular o particular de cada paciente com as diversidades de possibilidades terapêuticas. Desse modo, podemos entender que a construção dessas ações se torna um grande desafio considerando que as relações iniciais são frágeis e o processo de construção de uma nova proposta, que deve ser pactuada entre diferentes atores, pressupõe uma negociação que envolve a assunção de responsabilidades e compartilhamento de tarefas que nem sempre são de fácil manejo (LEAL *et al.*, 2007; YASUI, 2007; PEDUZZI, 2007).

Na avaliação das cargas de trabalho ficou evidenciado que os fatores mais relevantes para o desgaste dos trabalhadores estavam relacionados à inadequação dos espaços utilizados, especialmente a infra-estrutura física dos locais de trabalho, às cargas psíquicas e à insegurança no trabalho. Este último elemento incluiu dois tipos de insegurança: um relacionado ao tipo de vínculo empregatício, ocasionada por contratos de trabalho temporários, e a insegurança com relação à proteção e integridade física e psíquica dos trabalhadores, deflagrada por situações de vulnerabilidade e de violência, às quais, de modo similar ao que acontece com inúmeros grupos sociais, em maior ou menor grau, também os trabalhadores da saúde encontram-se expostos.

Os trabalhadores explicitaram que a instabilidade dos vínculos trabalhistas, a angústia causada pelo fato de não estar podendo exercer a profissão de maneira correta, era um dos fatores mais desestabilizadores no ambiente de trabalho. A informalidade e incertezas sobre a situação no trabalho, assim como a ausência de benefícios sociais e de proteção da legislação

trabalhista, são, segundo alguns autores, responsáveis pelo desenvolvimento de ansiedade e depressão nos trabalhadores (SELIGMANN-SILVA,1994; LUDEMIR,2005).

O suporte psíquico, de acordo com os técnicos, era recebido dos colegas. O apoio dos colegas, proporcionado pela solidariedade entre os grupos, representou estratégias coletivamente estabelecidas e sustentadas para enfrentar as dificuldades e trabalho (suas incertezas e suas inseguranças), ajudando os trabalhadores a resistirem às agressões advindas das demandas e exigências laborais. A questão da violência vivenciada pelos trabalhadores dos CAPS, na maioria das vezes oculta, não é reconhecida, talvez, pela falta de sinais e sintomas característicos da situação e também, às vezes, pelo não reconhecimento dos efeitos psíquicos da violência como patologia. Os riscos sociais (perigo de morte, agressões e assaltos) foram citados como fator estressante no processo de trabalho, uma vez que podem interferir nas práticas diárias do trabalhador e, até mesmo, impedir que o profissional possa desempenhar com excelência sua profissão.

Alguns estudos indicam que a exposição prolongada de um trabalhador a essas condições pode gerar situações duradouras de perda de iniciativa e de passividade, por vezes patogênicas e prejudiciais tanto para o trabalhador quanto para as instituições, sobretudo quando a eficácia do trabalho requer um engajamento ativo deste. Desta forma, concluímos que quando os trabalhadores de saúde mental, “*munidos deles mesmos*”, saem para um trabalho externo, se expondo frequentemente a uma comunidade considerada de risco e sem contar com os aparatos de proteção necessários, eles podem, segundo a psicodinâmica do trabalho, ou se utilizar das experiências passadas e constituir maneiras próprias de lidar com a situação e, assim, enfrentar os conflitos cotidianos, ou se sentirem socialmente vulneráveis e desenvolverem problemas psíquicos (FRANCO, 2004; LANCMAN *et al.*, 2007; DEJOURS, 2009).

Estudos apontam para o fato de que a violência pode causar o rompimento de relações interpessoais, desestruturação da organização do trabalho, redução da eficiência e da produtividade e deterioração da qualidade do produto e da imagem do serviço. No nível social, os custos da violência podem incluir o cuidado com a saúde, custos com reabilitação para reintegração de vítimas, custos decorrentes da deficiência e da invalidez, se as capacidades para o trabalho forem afetadas, e os custos do desemprego, se os trabalhadores forem excluídos do trabalho.

Na assistência em saúde mental, em um CAPS, os desafios vivenciados no cotidiano devem ser cercados de muito cuidado por parte dos gestores. Com a assistência prestada à população e a convivência diária na unidade, os trabalhadores passam a lidar com o mesmo

tipo de experiências vividas pela clientela, tais como situações laborais adversas, expectativa de desemprego, crise de identidade profissional, restrição da rede de apoio.

O sofrimento com o “sofrimento” é algo constante no CAPS. O cuidado cotidiano de pessoas portadoras de transtorno mental requer de uma equipe de trabalhadores um imenso trabalho de agenciamento dentro de uma comunidade, que vai desde a aquisição dos direitos sociais à satisfação de necessidades básicas, como moradia e alimentação. Em uma realidade social como a brasileira, na qual as desigualdades sociais fazem parte do labutar diário das pessoas, o estar exposto diariamente a este sofrimento, a limitação e a onipotência do profissional da saúde em não poder resolver todos os problemas dos pacientes podem causar sofrimento e frustração.

O profissional de saúde, ao conviver com o sofrimento alheio, pode sofrer uma revivência de momentos de sofrimentos pessoais, pois conviver com o sofrimento pode gerar sofrimento. Este trabalhador lida com gente, com gente doente e sofrendo psiquicamente no cotidiano da clínica, e, muitas vezes, frente a conflitos intensos, tanto do paciente quanto de familiares, que o risco de ser invadido por ansiedade intensa e incontrolada pode estar presente na própria natureza do trabalho (PITTA, 2003; BRANT *et al.*, 2004; LAGO *et al.*, 2010).

No discurso dos trabalhadores apareceu a queixa sobre a invisibilidade do profissional/técnico. Ele não sente reconhecimento por parte dos gestores. Entretanto, não é propriamente o técnico de saúde que é invisível, é o seu trabalho que se torna invisível para os gestores, na medida em que não é materializado em produtos concretos, palpáveis. Resultados similares foram observados por Lancmann (2009), segundo a qual grande parte do trabalho realizado pelos técnicos de saúde mental era invisível para os gestores porque não resultava em indicadores de produtividade ou de qualidade compatíveis com o processo de produção, nem com o valor do serviço realizado. Essa situação podia, ainda, dificultar o reconhecimento das etapas e dos recursos necessários à operacionalização do trabalho em saúde mental.

De acordo com a psicodinâmica do trabalho, o reconhecimento no trabalho é um dos elementos mais importantes no processo de construção da identidade. A dinâmica do reconhecimento pode acontecer de duas maneiras: a primeira é designada de reconhecimento de utilidade, e é realizada pelos níveis hierárquicos superiores e pelo usuário do serviço ofertado; a segunda é denominada de julgamento estético, realizada pelos colegas de trabalho, por aqueles que conhecem a especificidade do trabalho e podem avaliar o esforço despendido pelo trabalhador em realizá-lo. A falta desses processos de reconhecimento pode acarretar falhas no desenvolvimento da identidade do indivíduo e na transformação do sofrimento

gerado pelo trabalho em prazer. Quando o reconhecimento do seu fazer não ocorre, a desvalorização consequente atinge outros espaços da vida cotidiana (FRANCO, 2004; DEJOURS, 2009; LANCMANN, 2009).

Na população estudada os principais problemas de saúde relacionados com o trabalho foram infecções urinárias, insônia, dores de cabeça, doenças dermatológicas. Dentre as queixas biopsíquicas, as que ocorreram com maior frequência foram nervosismo, insônia, sintomas depressivos e hipertensão arterial. Estes resultados estão em concordância com outros estudos brasileiros com profissionais de saúde mental (NOGUEIRA-MARTINS, 2002; DE MARCO *et al.*, 2008) e outras categorias profissionais (FERNANDES *et al.*, 2002; ARAÚJO *et al.*, 2003; REIS *et al.*, 2005; MONTANHOLI *et al.*, 2006; TOMASI *et al.*, 2008; SCHMIDT *et al.*, 2009). Dados da literatura apontam que uma grande parte das reações adversas, tais como as citadas acima, podem também ocorrer quando a demanda do trabalho é alta e o grau de controle do trabalhador sobre o trabalho é baixo (ARAÚJO *et al.*, 2003).

No discurso dos trabalhadores observou-se que os mesmos levantaram a necessidade de preparação dos profissionais antes de iniciar o trabalho no CAPS. O trabalho em equipe requer do trabalhador o desenvolvimento de habilidades e de competências para a cooperação (PEDUZZI, 2007). Citaram a falta de cursos de capacitação como um dos maiores problemas para o desenvolvimento do trabalho.

A necessidade de formação e qualificação dos trabalhadores foi pauta em todas as entrevistas. Estes resultados estão em concordância com alguns estudos realizados no Brasil sobre a formação específica dos trabalhadores em saúde mental, pois, segundo as pesquisas, a ausência ou insuficiência na formação para a atuação em saúde mental sob novo paradigma tem sido destacada como obstáculo às mudanças preconizadas (OLIVEIRA, 2003; RAMMINGER, 2005; BISCHAF, 2006).

Devemos pontuar que desde a II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em dezembro de 1992, se enfatiza a necessidade de garantir práticas de ensino, pesquisa e extensão que poderiam favorecer “*novas atitudes dos futuros profissionais em relação à doença mental e que estimulem o desenvolvimento do potencial dos indivíduos com sofrimento psíquico*” e se incentiva a criação de grupos de reflexão e supervisão, para que os profissionais de saúde mental possam repensar suas práticas.

Este estudo mostrou que existe ainda uma longa distância a percorrer para que haja algumas mudanças nas condições de trabalho do profissional de saúde mental. Mostrou, ainda, que o trabalhador pode ser sim, também, compreendido como portador de uma história singular preexistente e capaz de construir uma análise muito precisa da organização e situação

de trabalho.

CONCLUSÕES

Quando nos propomos a descrever o processo de trabalho de um setor laborativo ou avaliar o trabalho de alguma categoria profissional incorremos sempre no risco de não conseguir englobar todos os aspectos envolvidos no trabalho em sua totalidade. Nesta investigação, partiu-se do pressuposto de que, mesmo com quase uma década de discussão e trabalho, os desafios continuam a ser enormes e variados com relação a implantação desta nova Política de saúde mental.

No plano das políticas de Recursos Humanos para a Saúde, sabemos que os avanços ainda são muito incipientes. Os gestores são pouco sensibilizados e os trabalhadores de saúde mental pouco mobilizados. Não encontramos a nossa pesquisa, nenhuma referência à organizações sindicais à nível local que pudessem lutar pela melhoria das condições de trabalho destes técnicos.

A transformação de um grupo de profissionais com histórias e vivências diferentes em uma equipe harmônica, que deve estar preparada para implantar e implementar um novo modelo de atenção, deve ser acompanhada de uma construção quase diária de aquisição de competências que facilitem o desenvolvimento deste trabalho.

Desta forma, estes resultados apontam para a necessidade de serem implantadas políticas de valorização e desenvolvimento dos recursos humanos, uma vez que elas podem representar o reconhecimento legal do esforço feito por estes trabalhadores para implantar esta nova política. Faz-se também imprescindível e urgente a adoção de medidas que beneficiem e fortaleçam a atuação de gestores e trabalhadores de saúde, através da desprecarização das relações de trabalho, realização de concursos públicos, implantação de plano de cargos e carreiras, revisão das políticas salariais e estímulo à fixação dos profissionais de saúde nas unidades, considerando o vínculo com o serviço e os usuários.

Entre as ações a serem deflagradas para a melhoria do processo de trabalho poderíamos sugerir a importância da capacitação como forma de familiarização do trabalhador com a natureza do serviço. Sabemos que a qualidade das ações e serviços oferecidos à população equivale-se na mesma medida ao resultado da forma e das condições como são tratados, em cada setor, os trabalhadores. E, para que as políticas sejam plenamente

implantadas e os objetivos alcançados, é necessário tratar realmente a gestão do trabalho como uma questão estratégica.

Observamos que, como o trabalho em saúde mental pode ser desestabilizador, torna-se necessário também, que se criem espaços de trocas, que funcionem como ponto de apoio para as equipes e que fortaleçam as estratégias de cooperação, sendo, neste caso, a supervisão de equipes de suma importância para a saúde mental dos trabalhadores.

Como o compromisso com trabalhadores é fundamental para a manutenção desses serviços, é, portanto, necessário, por parte dos gestores, manter a motivação dos mesmos, reconhecendo-os como os principais agentes das práticas e políticas de saúde mental.

Finalmente, destacamos que se faz necessário, como preconiza a política de saúde mental, que os trabalhadores possam contar com uma política de recursos humanos e gestão do trabalho que contemple a democratização das relações de trabalho e das discussões em todos os níveis de gestão, que haja condições de melhoria dos processos de trabalho, que se incorpore a questão da segurança do trabalhador, a saúde e saúde mental, que seja institucionalizada a supervisão clínica e institucional, que a jornada de trabalho seja adequada para todos os profissionais, assim como a isonomia salarial entre eles, e que, desta forma, se combata a precarização das relações de trabalho existente atualmente.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P., **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro; Nau; 2003.

ANTUNES, R., (Org.). **A dialética do trabalho**. São Paulo: Expressão Popular, 2004.

ARANHA E SILVA A.L. **O projeto copiadora do CAPS – do trabalho de reproduzir as coisas à produção da vida**. 161 f. Dissertação (mestrado) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

_____. **Enfermagem em saúde mental: a ação e o trabalho de agentes de enfermagem de nível médio no campo psicossocial**. 310 f. Tese (doutorado) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

ARAÚJO, T. M., GRAÇA, C. C.; ARAÚJO, E., Estresse ocupacional e saúde: contribuições do modelo demanda-controle. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 4, 991-1003, São Paulo, 2003.

_____. **Roteiro para entrevistas com grupos homogêneos de risco**. 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, LDA, 2009.

BERTONCELLO, N.M.F., **O processo de trabalho em ambulatório de saúde mental: a prática da enfermeira**. 111f. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

BICHAFF, Regina. **O trabalho nos centros de atenção psicossocial: uma reflexão crítica das práticas e suas contribuições para a consolidação da reforma psiquiátrica**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) 217 f. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

BOFF, L. **Saber cuidar – ética do humano – compaixão pela terra**. ed.15, Editora Vozes, Rio de Janeiro, 2008.

BRANT, L.C.; MINAYIO-GOMEZ, C.A., A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. **Cadernos Ciências & Saúde Coletiva**, 9(1)213-223, Rio de Janeiro, 2004.

BRASIL. MS. **Lei nº 10.216**, de 06 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.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria da Assistência à Saúde, **Portaria 189/91 de 19 de novembro** de 1991.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria da Assistência à Saúde, **Portaria 224/92** de 29 de janeiro de 1992.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria da Assistência à Saúde, **Portaria 251/02 de 31** de janeiro de 2002.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria da Assistência à Saúde, **Portaria 336/02** de 19 de fevereiro de 2002.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria da Assistência à Saúde, **Portaria 816/02** de 30 de abril de 2002.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria da Assistência à Saúde, **Portaria 817/02** de 30 de abril de 2002.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria da Assistência à Saúde, **Portaria 1679/02** de 19 de setembro de 2002.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de Textos. **Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não**. Ministério da Saúde: Brasília, dezembro, 2001.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, Ed. MS, 2004.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental. Brasília, Ed. MS, 1994.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Trabalhadores de saúde e a saúde de todos os brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação. **3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Brasília, 2005.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório de Gestão 2003-2006**. Brasília, 2006.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Cadernos RH Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Vol.3, n. 1 (mar. 2006). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, C.M.S. **Consolidando a reforma psiquiátrica no Brasil através dos hospitais dia**: a emergência das contradições entre a intencionalidade e a operacionalidade. Dissertação (mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1998.

CANOLETTI, B. **Trabalho em equipe de saúde de enfermagem**: análise sistemática da literatura. Dissertação (mestrado). 138 f. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008.

CASSANDRI, J.L. **Contribuição da copa da inclusão para a consolidação do campo psicossocial**. Dissertação (mestrado). 161 f. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

COSTA-ROSA, A.; YASSUI, S.; LUZIO, C.A. **Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva**. In: Amarante, P. (Org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. p.13-44. Ed. Nau, Rio de Janeiro, 2003.

COUTINHO NETO, O.B. Estudo sobre cargas de trabalho e processo de desgaste das auxiliares de enfermagem em um hospital universitário de Pernambuco. Dissertação (mestrado). 60f. CPQAM, FIOCRUZ - Departamento de Saúde Coletiva/NESC, Recife, 1998.

DALMONIN, B.M. **Reforma psiquiátrica em construção na prática dos enfermeiros do Rio Grande do Sul**. Dissertação (mestrado) 153 f. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo: 1998.

DEJOURS, C., *et al.* **Psicodinâmica do trabalho**. São Paulo: Atlas S.A., 2009.

DELGADO, P. **Projeto de Lei nº 367/89**. Brasília, 1989.

DESLANDES, S.F. **O projeto de pesquisa como exercício científico e artesanato intelectual**. In: MINAYO, M.C.S., (Org.). *Pesquisa Social*.ed. Vozes, Petrópolis/RJ, 2007.

DE MARCO, P. F., CITERO, V. A.; MORAES, E., NOGUEIRA-MARTINS, L. A., O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**., vol.57, n.3, pp. 178-183, São Paulo, 2008.

FACCHINI, L.A. et al. Modelo operário e percepção de riscos ocupacionais e ambientais: o uso exemplar de estudo descritivo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 25(5): 394-400,1991.

FERNANDES, J.D. *et al.* Saúde mental e trabalho: significados e limites de modelos teóricos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 14(5), setembro-outubro: 2006. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso: 10 ago. 2011.

FERNANDES, Rita de Cássia Pereira et al. Trabalho e cárcere: um estudo com agentes penitenciários da Região Metropolitana de Salvador, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, jun. 2002.

FERREIRA, A.B.de H., **Dicionário Aurélio básico**. Nova Fronteira S/A. Rio de Janeiro, 1988.

FIGUEIREDO, V.V.; RODRIGUES, M.M.P. Atuação do psicólogo nos CAPS do Espírito Santo. **Psicologia em Estudos**, Maringá; 9(2): 173-81, 2004.

FRANCO, T. A centralidade do trabalho na visão da psicodinâmica de Dejours. **Caderno CRH**, 17 v., 41 n., p.309-321. Salvador: mai-ago 2004.

GÓMEZ, C.M., THEDIN-COSTA, S.M.F. Precarização do trabalho e desproteção social: desafios para a saúde coletiva. **Caderno de Ciência & Saúde Coletiva**, 4(2):411-421. São Paulo, 1999.

HELOANI, J.R.; CAPITÃO, C.G. Saúde mental e psicologia do trabalho. **São Paulo em Perspectiva**, v. 17, n. 2, p.102-108, São Paulo, 2003.

JORGE, M.S.B., Monteiro, A.R. M., Rocha, N. F., Desinstitucionalização: visão dos profissionais de saúde mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, vol.48, n.4.p.401-414 out/dez., 1995.

KENN, J., Estudos de caso. *In*: POPE, C.; MAYS, N. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3.ed. ARTMED S.A.,RS, 2009.

KIRCHHOF, A.L.C., MAGNAGO, T.S.B.S., CAMPONOGARA, S., GRIEP, R.H., TAVARES, J.P., PRESTES, F.C., PAES, L.G., Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores de enfermagem em hospitais universitários. **Texto Contexto Enfermagem**. Abr – Jun:18(2) 215-223; Florianópolis, 2009.

LAGO, K., CODO, W., **Fadiga por compaixão: o sofrimento dos profissionais de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2010.

LANCMAN, S., COSTA, A.C.F., JUNS, A.G., GOMES, C.E.S., ALONSO, M.C., BRUNORO, C.M., FREITAS, E.T., MASCIA, F.L., CIPULO, G.H.G., RIZZI, H.J., ABRAHÃO, J.I., SNELWAR, L.I., PEREIRA, L.M.F., SILVA, M.T., UCHIDA, S., MATSUBARA, S., SALOMÃO, S., SILVA, T.M., MONTEDO, U.B., **Políticas públicas e processos de trabalho em saúde mental**. Brasília: Paralelo 15, 2008.

LANCMAN, S., SZNELWAR, L., (orgs.) **Christophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Fiocruz/Brasília: Paralelo 15, Rio de Janeiro, 2004.

LANCMAN, S., SNEZWAR, L., UCHIDA, S., TUACEK, T.A., O trabalho na rua e a exposição à violência no trabalho: um estudo com agentes de trânsito. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.11, n.21, p.79-92, jan-abr 2007.

LAURELL, A.C. & NORIEGA, M., **Para o estudo da saúde na sua relação com o processo de trabalho**. In: Processo de produção e saúde. Trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec, 1989.

LEAL, E.M. O campo da reforma psiquiátrica brasileira: noções de “sujeito” e “mundo” presentes no discurso dos agentes de cuidado. **Cadernos do IPUB**, UFRJ, Rio de Janeiro. vol.VI, nº 18, 2000, p. 102-122.

LEAL, E.M.; DELGADO, P.G.G., **Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização**. In: PINHEIRO, R. Pinheiro, R., Guljor, A.P., Silva-Junior, A.G., Mattos, R.A., Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos. CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, Rio de Janeiro, 137-158, 284, 2007.

LESSA, S.; TONET, I. **Introdução à filosofia de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

LIMA, M.E.A. **O significado do trabalho**: administração contemporânea – algumas reflexões. Minas Gerais: UFMG, 1988. p. 69-134.

LUDEMIR, A.B. Associação dos TMC com a informalidade das relações de trabalho. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. 54 (3):198-204. Pernambuco, 2005.

MARCONI, Marina de A.; LAKATOS, Eva M. **Técnicas de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MARX, K. **Capítulo VI – Inédito de O Capital**. 2. ed. São Paulo: Centauro, 2004.

MATOS, E.; PIRES, D.E.P.; CAMPOS, G.W.S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Revista Brasileira Enfermagem**, nov-dez; 62(6):863-9, Brasília, 2009.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: CEFOR, 1992.

MILHOMEN, M.A.G.C.; OLIVEIRA, A.G.B. O trabalho em equipe nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. **Cogitare Enfermagem**, jan/mar; 12(1):101-8, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de S.; ASSIS, Simone G. de; SOUZA, Edinilsa R. de (Orgs.). **Avaliação por triangulação de métodos, abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

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

MONTANHOLI, L.L., TAVARES, D.M.S., OLIVEIRA, G.R., Estresse: fatores de risco no trabalho do enfermeiro hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 59(5):661-665, Brasília, 2006.

MONTEIRO, D.A., **A função dos ambulatórios de psiquiatria no processo de construção da reforma psiquiátrica, nos SUS, em Salvador**. Projeto de qualificação. ISC, UFBA, 2007.

NASCIMENTO-SOBRINHO, C.L.N., CARVALHO, F.M., BONFIM, T.A.S., CIRINO, C.A.S., FERREIRA, I.S., Condições de trabalho e saúde dos médicos em Salvador, Brasil – **Revista da Associação Médica Brasileira**, 52(2): 131-140, 2006.

NOGUEIRA, K.P., **Força de trabalho em saúde**. Textos de apoio, Planejamento I, ABRASCO/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1987.

OLIVEIRA, A.G.B.; ALESSI, N.P. A reforma psiquiátrica e o processo de trabalho das equipes de saúde mental. **Revista Paulista de Enfermagem**, 22: 31-42, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Organização Mundial de Saúde. A Resolução dos Problemas da Saúde Mental. *In: Relatório sobre a saúde mental no mundo 2001. Nova concepção, nova esperança*, Suíça, 2001. p.77-107.

PEDUZZI, M., **Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos**

usuários e da população. Tese (Doutorado) 247 f. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, USP, 2007.

PENA, P.G.L. **Sociedades históricas, modos de produção, trabalho e saúde.** Estudos e pesquisas para promoção de hábitos de vida e de alimentação saudáveis para prevenção da obesidade e das doenças crônicas não transmissíveis em Ilha de Maré – Projeto Crianças Quilombolas. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/EAD, 2007, v. 1, p.1-15.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 53: 251-63, 2000.

PITTA, A.M.F. **Hospital: dor e morte como ofício.** 5. ed. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____. **Reabilitação psicossocial no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 1996.

POPE, C., MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** 3. ed. Porto Alegre: ARTMED S.A., 2009.

RAMMINGER, T. **Trabalhadores de saúde mental:** reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental. Dissertação (mestrado) 118 f. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

REIS, E.J.F.B., CARVALHO, F.M., ARAÚJO, T.M., PORTO, L.A., SILVANY-NETO, A.M., Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, 1480-1490, set- Out, 2005.

RELATÓRIO. **“Censo-Clinico e Psicossocial dos Hospitais Psiquiátricos do Estado da Bahia/2004”** MS/MJ/SESAB e Censo Epidemiológico, Jurídico, Clínico e Psicossocial do HCT-BA, 2004.

RIBEIRO, E.M.; PIRES, D.; BLANK, V.L.G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, 2:438-446, Rio de Janeiro, 2004.

ROCHA, R.M. **Enfermagem psiquiátrica:** que papel é esse? Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Te Cora, 1994.

ROCHA, S.M.M.; ALMEIDA, M.C.P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v.8 n.6 P.96-101, Ribeirão Preto, dez., 2000.

ROUSSEAU, J.J. **Do contrato social**. São Paulo: Martin Claret, 2009.

RUBIN, I.I. **A teoria marxista do valor**. São Paulo: Polis,1987.

SILVA, C.T., **Saúde do trabalhador: um desafio para a qualidade total no Hemório. Dissertação**(mestrado) 156 f. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2000.

SCHMIDT, D. R. C., DANTAS,R.A.S., MARZIALE,M.H.P.,LAUS,A.M., Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n.2, p. 330-337, jun. 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072009000200017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 dez. 2009.

SOUZA, M.F.M.; Silva, G.R. Riscos de distúrbios psiquiátricos menores em área metropolitana na região sudeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, 32(1):50-8,1998.

TEIXEIRA, M.O. O trabalho e a pesquisa em saúde: notas sobre a invisibilidade do trabalho técnico. **Ciências e Saúde Coletiva**, vol.9, n.3 pp. 785-794, Rio de Janeiro,2004.

TOMASI, E., FACCHINE,L.A.,PICCINI,R.X., Perfil sociodemográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil, **Caderno de Saúde Pública**, 24Sup1:193-201, Rio de Janeiro,2008.

VASCONCELOS, F. D. Uma visão crítica do uso de padrões de exposição na vigilância da saúde no trabalho. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, Dec. 1995.

WAISSMANN, W., MENDES, R. Aspectos históricos da patologia do trabalho ambiental. *In*:MENDES, R., **Patologia do trabalho**. 1 Cap. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

YASUI,S., **CAPS: estratégia de produção de cuidado e de bons encontros**. In: Pinheiro, R., Guljor, A.P., Silva-Junior, A.G., Mattos, R.A., (ed.), Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos. 1ª. ed., CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, Rio de Janeiro, 284,2007.

ANEXOS

ANEXO A: Roteiro de Entrevista Semi-estruturadas

7.1 Roteiro de Entrevista dos Grupos Homogêneos

Bloco I - Características gerais do trabalho

1. Descrever a rotina de trabalho diária.
2. Descrever os tipos de tarefas desenvolvidas na unidade.
3. Trabalho em equipe: características, vantagens e dificuldades.
4. Como é feito o acompanhamento das atividades?

Bloco II - Características da organização do trabalho

5. Como é a integração do grupo de profissionais no cotidiano do serviço?
6. Como são percebidas as demandas do seu trabalho? E as definições de papéis, atribuições e responsabilidades?
7. Como é feita a divisão das tarefas? Há canais de interlocução para definição de prioridades, procedimentos e condutas?
8. Como pode ser descrito o “clima” e “ambiente” no seu trabalho?

Bloco III – Trabalho e saúde: exposição a riscos

9. Existem riscos na execução das suas tarefas? Quais as tarefas que mais apresentam riscos à sua saúde?
10. Com relação à sua saúde mental, o que a(o) expõe a riscos no seu trabalho? E o que a(o) preserva que é fonte de prazer?

11. Como é percebida a relação entre saúde e trabalho na unidade?

Bloco IV – Potencialidade e limites dos processos de trabalho em saúde mental

12. O que é prazeroso na realização do seu trabalho?

13. O que traz sofrimento?

14. Quais as principais dificuldades que são encontradas para a realização cotidiana do trabalho?

15. Como são enfrentadas as dificuldades?

16. Possibilidades futuras para o processo em saúde mental.

ANEXO B:

1. Roteiro para coleta dos dados sociodemográficos dos trabalhadores dos CAPS.

Prezado profissional,

Estamos realizando um estudo sobre o trabalho em saúde mental no CAPS. Assim, gostaríamos de obter informações sobre o perfil dos trabalhadores. Para isto, pedimos, por gentileza, que vocês preencham o formulário abaixo.

Informações

Nome (opcional) _____

Data de Nascimento _____

Sexo: Mas () Fem ()

Naturalidade _____

Situação conjugal _____

Nível de formação:

() Ensino Fundamental

() Ensino Médio

() Ensino Técnico **Qual Curso?** _____

() Ensino Superior

Se possui nível superior, qual o seu Curso de Graduação? _____

Instituição Formadora _____

Ano em que se formou: _____

Realizou Curso de Especialização? () Sim () Não

Se sim, em que área? _____

Realizou curso de atualização nos últimos dois anos?

() Sim () Não

Se sim, qual curso?

1. _____

2. _____

3. _____

Tempo de serviço público: ___anos ___mêses

Tempo de serviço no CAPS: ___anos ___meses

Qual o tipo de vínculo de trabalho que você possui?

- Servidor público (com concurso público)
- Contratado sem concurso (cargo de confiança)
- Cooperativado
- REDA
- Redinha
- TAC

Antes de trabalhar no CAPS, trabalhava em outro serviço de atenção à saúde mental? () Sim () Não

Se sim, onde? _____

Antes de vir trabalhar no CAPS, trabalhava em outro serviço de saúde?

() Sim () Não Se sim, onde? _____

Qual a sua faixa de renda mensal?

- Menos de R\$ 1.020,00
- De R\$ 1.020,00 a R\$ 1.529,00
- De R\$ 1.530,00 a R\$ 2.039,00
- De R\$ 2.040,00 a R\$ 3.059,00
- De R\$ 3.060,00 a R\$ 4.080,00
- De R\$ 4.081,00 a R\$ 5.100,00
- De R\$ 5.101,00 a R\$ 6.120,00
- Mais de R\$ 6.121,00

Exerce atividade remunerada fora do CAPS? () Sim () Não

ANEXO C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1. TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

Estamos convidando você a participar da pesquisa intitulada “Trabalho em saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial de Salvador: processo laboral e a saúde dos trabalhadores”, sob a responsabilidade de Fátima Prates Knoke, aluna do mestrado Saúde, Ambiente e Trabalho, UFBA, e sob a orientação da Profa. Dra. Tânia Araújo. A finalidade deste estudo é contribuir para a descrição do processo de trabalho dos profissionais dos CAPS na cidade do Salvador. A coleta de dados será feita através de entrevistas semiestruturadas, com grupos homogêneos que ocorrerão em duas perspectivas, na mais restrita os grupos serão reunidos por ocupação e, na mais ampla, as entrevistas serão conduzidas com o conjunto de trabalhadores das equipes. Solicito que concorde com a gravação da entrevista, para posterior transcrição e análise dos dados. Você poderá fazer qualquer questionamento acerca do estudo e sobre sua participação nele. Se tiver alguma dúvida procuraremos esclarecê-lo em qualquer fase da pesquisa. A sua participação é voluntária e você tem liberdade para recusar ou retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo ou constrangimento. O seu nome será mantido em sigilo e será assegurada sua privacidade. Suas informações serão confidenciais. Todos os dados relativos ao estudo serão coletados e guardados em local seguro. Se necessário, por favor entre em contato com a pesquisadora pelo telefone (71) 9272-0081 ou pelo e-mail: pratesknoke@superig.com.br.

Declaro que, após convenientemente esclarecido(a) pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa.

Salvador, _____ de _____ de 2010.

Assinatura do entrevistado

ANEXO D

eguiça



Secretaria Municipal de Saúde
Coordenadoria de Desenvolvimento de Recursos Humanos
Subcoordenação de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal

Salvador, 30 de Junho de 2010.
Ofício Circular Nº. 103/2010.

Sr.(ª). Coordenador (ª),

Estamos autorizando e encaminhando a V. S^a. a Mestranda **Maria de Fátima Prates Knoke** para executar projeto de pesquisa intitulado **“Trabalho em Saúde Mental nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS de Salvador: Processo Laboral e a Saúde dos Trabalhadores”** nos CAPS do Município de Salvador.

A pesquisa já foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CEP/SESAB, e deverá ser operacionalizada em conformidade com as normas e rotinas do serviço, bem como a disponibilidade dos profissionais e/ou serviços envolvidos para a sua realização.

Salientamos, ainda, que após a sua conclusão, **o pesquisador deverá apresentar a CADEP e aos Distritos, cópia do produto da pesquisa e comprometer-se a apresentar o mesmo à SMS em evento para a ampla discussão dos resultados desta.**

Cordialmente,

Carla Wirz Leite Sá
Carla Wirz Leite Sá
Educação Permanente

Flávia Daniela M. de Mattos
Flávia Daniela M. de Mattos
Subcoord. de Acomp. Distrital/SMS

Ilmo (º). Sr. (ª)
Dr. (ª). CÓPIS
MD. Coordenadores de Todos os D.S. .

Ofício nº 045/2010
Ref.: Devolução de Projeto

Salvador, 14 de junho de 2010.

Prezada Maria de Fátima Prates Knoke

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da SESAB após apreciação quanto à dimensão ética do Projeto de Pesquisa "Trabalho em Saúde Mental nos Centros de Atenção Psicossocial de Salvador: Processo Laboral e a Saúde dos Trabalhadores" oficializa que a proposta foi **aprovada** considerando que todas as etapas do projeto foram atendidas de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

Aproveitamos para ressaltar a necessidade de enviar a esse Comitê o relatório parcial e/ou final, no período de 6 (seis) meses a 1 (um) ano, conforme recomendação da Resolução nº. 196/96, IX – 2 c.

Cordiais saudações,



ELEONORA PEIXINHO GUIMARÃES
Coordenadora do CEP-SESAB