

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO, ATUÁRIA, CONTABILIDADE E
SECRETARIADO EXECUTIVO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO

LEÔNIA MARIA SANTIAGO CAVALCANTE

**ESTUDO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO DE PROFISSIONAIS DA
SAÚDE MENTAL EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
FORTALEZA-CE**

FORTALEZA-CE

março-2008

LEÔNIA MARIA SANTIAGO CAVALCANTE

**ESTUDO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO DE PROFISSIONAIS DA
SAÚDE MENTAL EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
FORTALEZA-CE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em
Administração da Universidade Federal do Ceará,
como requisito final para obtenção do título de
Mestre em Administração.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Hilda Coutinho de Oliveira

FORTALEZA- CEARÁ

2008

LEONIA MARIA SANTIAGO CAVALCANTE

**UM ESTUDO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE
MENTAL EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
FORTALEZA-CE**

Esta dissertação foi submetida à Coordenação do Curso de Mestrado em Administração, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Administração, outorgado pela Universidade Federal do Ceará (UFC) e encontra-se à disposição dos interessados na Biblioteca da referida Universidade.

A citação de qualquer trecho desta dissertação é permitida, desde que feita de acordo com as normas da ética científica.

Data da aprovação ____/____/____

_____	Nota
Prof ^a . Dr ^a . Hilda Coutinho de Oliveira Prof ^a Orientadora
_____	Nota
Prof. Pós-Doutor Antônio Caubi Ribeiro Tupinambá Membro da Banca Examinadora
_____	Nota
Prof. Dr. Cássio Adriano Braz de Aquino Membro da Banca Examinadora

A meu pai, LEÃO HUMBERTO MONTEZUMA SANTIAGO, médico psiquiatra, Professor de Psicofarmacologia da Faculdade de Medicina (UFC), exemplo de ser humano digno e íntegro, que fez da busca pelo Conhecimento o norte de sua vida, alcançando vitórias e me incentivando à realização profissional através do saber.

*Minha especial homenagem e
deferência*

AGRADECIMENTOS

A DEUS, que sempre me acompanha, iluminando um caminho repleto de grandes desafios e conquistas. A Ele agradeço a força e a determinação presentes para o alcance desta vitória.

A meus pais, Leão Santiago e Stael, que primaram pela sabedoria e pela ética em suas vidas, sempre incansáveis em seus investimentos e incentivos a minha Educação, despertando em mim a paixão pelo saber e fazendo com que sempre acreditasse em meu potencial.

A meu marido, Sérgio Cavalcante, com quem, há 27 anos, tenho compartilhado alegrias e angústias; grande incentivador e auxiliar incansável, mostrando-me que os obstáculos são irrelevantes quando temos ao nosso lado o suporte e o apoio incondicional daqueles que amamos.

A meus filhos, grandes aliados nesta conquista: pelo amor, compreensão face a tantas ausências e pelo estímulo, imprescindíveis à superação dos momentos difíceis.

A minha cunhada, amiga e irmã, Professora e Mestre Sueli Cavalcante, pela força e incentivo que tornaram possível este sonho.

A minha orientadora, Profa. Dra. Hilda Coutinho de Oliveira, por sua amizade, humildade, cumplicidade e aconselhamento, que fomentaram a transformação e a articulação das minhas idéias, de modo a se concretizarem no presente trabalho.

Aos Professores Doutores do Mestrado: Augusto Cabral, Serafim Ferraz, Antônio Caubi, Terezinha Maciel, Sandra Santos, Marcos Lima, Verônica Ximenes e Barros Neto, grandes intermediadores do meu crescimento profissional e pessoal.

À Coordenação de Saúde Mental do Município de Fortaleza, Ceará, que prontamente disponibilizou-se a colaborar para que este estudo fosse efetivado com sucesso e êxito.

Aos profissionais da Saúde Mental, sujeitos desta pesquisa, que, voluntariamente, aceitaram o convite para participar das entrevistas, viabilizando a realização do presente estudo.

A todos que, de boa vontade, contribuíram para o desenvolvimento desta pesquisa, o meu muito obrigada!

Uma das maneiras de trabalhar o sofrimento nas organizações é proporcionar o espaço de palavras. É por meio desse espaço que o trabalhador consegue conhecer o seu verdadeiro trabalho, que antes estava parcialmente escondido pelo sofrimento e as defesas contra o sofrimento....

(DEJOURS, 1993, p. 169)

ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DNSM	Divisão Nacional de Saúde Mental
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
IPUB	Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil
IPUFRJ	Instituto de Psiquiatria da Universidade do Rio de Janeiro
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
PISAM	Plano Integrado de Saúde Mental
PNASH	Avaliação Sistemática e Anual dos Hospitais Psiquiátricos
SER II	Secretaria Executiva da Regional II
SHR-AD	Serviço Hospitalar de Referência em Álcool e Drogas
SNDM	Serviço Nacional de Doença Mental
UPHGs	Unidades de Internação Psiquiátricas em Hospitais Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DA LITERATURA	16
2.1 Trabalho do profissional da Saúde Mental	16
2.1.1 Transformações no mundo do trabalho e no âmbito da Saúde	16
2.1.2 Influência dos movimentos internacionais da Psiquiatria na reforma psiquiátrica brasileira	28
2.1.3 Evolução da política e do trabalho do profissional de saúde mental no Brasil	38
2.1.4 Centro de Atenção Psicossocial: conceito, características e estrutura do serviço	52
2.2 Sofrimento psíquico no trabalho	56
2.2.1 Interrelação trabalho saúde mental: evolução das principais linhas de pesquisa no campo da Saúde Mental e do Trabalho	56
2.2.2 Contribuições de Dejours para a compreensão do sofrimento psíquico no trabalho	61
3 TRATAMENTO METODOLÓGICO	67
3.1 Considerações sobre o Método	67
3.2 Local	68
3.3 Sujeitos	70
3.4 Instrumento	70
3.5 Procedimento	72
4 RESULTADOS e DISCUSSÃO	75
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	116
REFERÊNCIAS	122
ANEXO A Ofício de solicitação de autorização à Coordenação de Saúde Mental	129
ANEXO B Ofício de solicitação de autorização à Coordenação do CAPS	130
ANEXO C Termo de Consentimento livre e esclarecido	131

ANEXO D	Modalidades de Centros de Atenção Psicossocial.....	132
ANEXO E	Roteiro de entrevista.....	135
ANEXO F	Dados de identificação dos sujeitos da pesquisa	137

RESUMO

Esta pesquisa tem por finalidade desvelar a tipologia do sofrimento psíquico que acomete o profissional da Saúde Mental em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), situado em Fortaleza, Ceará, a partir da percepção de profissionais inseridos nesta nova modalidade de atenção em Saúde Mental. O estudo teve como fundamentação teórica a Psicanálise, mais especificamente as contribuições da Escola Dejouriana, conhecida como Psicodinâmica do Trabalho. Utilizou-se a abordagem qualitativa e a entrevista estruturada aberta. Os sujeitos da pesquisa foram 09 (nove) profissionais, sexo masculino e feminino, com idades entre 25 a 47 anos. Os resultados, inaplicáveis a generalizações, indicaram que os profissionais consultados atribuíram valor ao seu trabalho e nele obtiveram reconhecimento social; suas tarefas são geradoras de desgastes físicos e emocionais, tais como cansaço, tensão, angústia, impotência, indignação, ambivalência, picos hipertensivos, gastrite, insônia, sonolência, enxaqueca, tendinite. Há conflitos nas relações sociais e profissionais, principalmente dificuldades relacionadas ao desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar. As formas de enfrentamento do sofrimento psíquico incluem o lazer, as atividades esportivas, o contato com familiares e amigos. As estratégias defensivas abrangem a negação, a projeção, a racionalização, a identificação, a somatização, a sublimação, a passividade, a improvisação e o individualismo.

Palavras-chaves: psicodinâmica do trabalho, sofrimento psíquico, estratégias defensivas

ABSTRACT

This research was intended to unveil the types of mental suffering lived by the professional of Mental Health in a Center for Psychosocial Care (CAPS), located in Fortaleza, Ceará, from the perception of these professionals inserted in this new modality of care in Mental Health. The study has as a theoretical foundation, Psychoanalysis, more specifically the contributions of Escola Dejouriana, known as Psicodinâmica Labour. The qualitative approach was used in open structured interview. The research subjects are 09 (nine) professionals, male and female, with ages between 25 and 47 years old. The results, inapplicable to generalizations, indicated that these professionals attribute value to their work and gained social recognition through it; their tasks create physical and emotional damage, such as fatigue, stress, anxiety, impotence, anger, ambivalence, peaks hypertensive, gastritis, insomnia, somnolence, migraine tendinitis. There are social conflicts in relationship with other professionals, especially difficulties related to the development of an interdisciplinary work. The ways of confronting mental suffering include leisure time, sports activities, contact with family and friends and defensive strategies cover the denial, projection, rationalization, identification, somatization, sublimation, passivity, improvisation and individualism.

Key Words: psicodinâmica labour, mental suffering, defensive strategies

1 INTRODUÇÃO

As transformações no mundo do trabalho são referenciadas por mudanças políticas, sociais e econômicas. Estas mudanças estão sempre evoluindo para atender a realidade de um mundo em constante mutação, provocando impacto em todos os ramos da atividade humana, inclusive na prática da Saúde Mental. No cenário atual, o trabalho dos profissionais da Saúde Mental é influenciado pela perspectiva biopsicossocial, que impõe uma práxis terapêutica capaz de suprir demandas não mais atendidas pelo modelo médico psiquiátrico.

O profissional da Saúde Mental, brasileiro, encontra-se inserido em um novo contexto de trabalho: o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), fruto das transformações experienciadas na forma de assistência à Saúde Mental. Exigências e desafios se lhe impõem, causando impacto em sua subjetividade e repercutindo, sobremaneira, em sua vivência do prazer e do sofrimento no trabalho. Assim, embora esta investigação se proponha a estudar o sofrimento psíquico do profissional da Saúde Mental num Centro de Atenção Psicossocial, é importante salientar que as vivências gratificantes estão também presentes, pois, segundo Dejours (1992), o trabalho é fonte de prazer e sofrimento, simultaneamente, levando o trabalhador a uma busca constante de equilíbrio em relação a essa contingência de satisfação e dor.

Alterações culturais e ideológicas determinam mudanças no âmbito do trabalho deste profissional, mobilizando recursos pessoais adaptativos, com implicações em sua subjetividade, visto que a natureza de sua atividade requer dele um grande comprometimento psicológico, afetivo e social, no decorrer do tratamento de pessoas portadoras de sofrimento psíquico, Kernberg (1984), citado por Gabbard (1992, p.105), acrescenta ainda que isto envolve duas tarefas diferentes: “uma a atribuição terapêutica e a outra servir de objeto transferencial”. Dessa maneira, se o profissional não dispõe de recursos pessoais (técnicos, emocionais e sociais) e suporte externo adequado para atender às demandas exigidas, esta atividade poderá ser fonte de sofrimento, fadiga e infelicidade, comprometendo a qualidade do relacionamento com o usuário do serviço e a humanização do atendimento.

O interesse por este tema surgiu em razão da curiosidade, enquanto profissional da Saúde Mental, de investigar como este trabalhador significa as dificuldades de estruturação do

serviço que tem o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como dispositivo institucional estratégico. Torna-se evidente que os paradoxos inerentes à reestruturação da assistência em saúde mental, na atualidade, causam impactos na subjetividade e nas vivências de prazer e sofrimento de sua prática profissional, ensejando este fato a preocupação deste estudo em melhor compreender o sofrimento psíquico vivenciado pelos mesmos, neste novo contexto de trabalho.

Como todo trabalhador, segundo Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994), normalmente faz uso de estratégias individuais e coletivas, a fim de fazer frente às dificuldades no trabalho e amenizar o sofrimento advindo das condições e organização do trabalho, no caso específico destes profissionais, faz-se necessário uma maior preocupação com a qualidade destas estratégias, haja vista que utilizam a relação com o outro como instrumento terapêutico.

Assim, a problematização consiste em:

“como se manifesta o sofrimento psíquico dos profissionais da Saúde Mental no trabalho realizado num Centro de Atenção Psicossocial?”

Neste sentido, a partir do questionamento suscitado por esta investigação, constituíram-se os seguintes pressupostos:

- as exigências emocionais e sociais, diárias, da atividade profissional, são consideradas pelos profissionais da Saúde Mental como geradoras de vivências de sofrimento psíquico;
- as condições de trabalho, tais como instalações inadequadas, precariedade nos recursos materiais, tecnológicos e humanos, são apontadas pelos profissionais da Saúde como fonte de sofrimento em seu ambiente laborativo;
- o intenso ritmo de trabalho imposto pela organização do sistema compromete as metas sociais, de qualidade e de humanização do trabalho do profissional da Saúde Mental, com implicações na gênese do sofrimento psíquico destes trabalhadores;
- os profissionais utilizam estratégias defensivas, como forma de enfrentamento do sofrimento psíquico em sua prática profissional;

- as vivências de prazer estão também presentes, juntamente com as vivências de sofrimento no cotidiano do trabalho do profissional de saúde mental.

Esta pesquisa tem, portanto, como objetivo geral, o estudo do sofrimento psíquico vivenciado pelo profissional da Saúde Mental num CAPS e norteou-se pelos seguintes objetivos específicos:

- identificar a relação entre a natureza da tarefa do profissional da Saúde Mental e sua vivência do sofrimento psíquico;
- avaliar, segundo a perspectiva dos profissionais da Saúde Mental, que condições de trabalho, num Centro de Atenção Psicossocial, mostram-se geradoras de sofrimento psíquico;
- analisar as situações relacionadas à organização deste trabalho, vinculadas ao sofrimento psíquico destes trabalhadores;
- reconhecer as formas de enfrentamento do sofrimento psíquico utilizadas pelos profissionais supracitados;
- observar que fatores os profissionais significam como fontes de prazer e sofrimento.

Desse modo, dentro do que permite a presente investigação, a compreensão do sofrimento psíquico, mobilizada pelo confronto do profissional com a realidade do contexto de trabalho em estudo, possibilitará transformar a dor em vivências de prazer, antes que o sofrimento bloqueie todas as possibilidades de catarse do trabalhador, comprometendo sua saúde psíquica e ocupacional. Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) ressaltam que não interessa rotular o comportamento ou a patologia destes profissionais, e sim apreender o dinamismo dos processos psíquicos mobilizados pelo trabalhador, na tentativa de equilibrar a relação prazer sofrimento, diminuindo o potencial patogênico desta atividade.

Esta perspectiva psicodinâmica, fundamentadora da investigação ora realizada, atribui ao trabalho um lugar de grande importância na construção da subjetividade do trabalhador, com impactos em sua estrutura psíquica, referindo que toda atividade laborativa é fonte de prazer e de sofrimento, originando no trabalhador uma busca constante de evitação do sofrimento, com a finalidade de manter seu equilíbrio psíquico. Por isso, para se entender a relação dos profissionais com seu trabalho, é importante frisar que “o reconhecimento de certo sofrimento no trabalho não é incompatível com o prazer obtido da relação com o

trabalho, podendo, ambos, prazer e sofrimento, resultarem de lógicas relativamente independentes” (DEJOURS, ABDOUCHELI e JAYET, 1994, p. 106).

O presente trabalho é desenvolvido mediante o cumprimento das seguintes etapas:

- a) inicialmente a revisão da literatura discorre sobre as transformações do trabalho do profissional da Saúde Mental, abordando o processo da institucionalização no tratamento da doença mental e a influência, no Brasil, das idéias reformistas da psiquiatria internacional. A seguir, é relatada a evolução da Política da Saúde Mental no Brasil, contextualizando o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial e os novos desafios impostos à prática do profissional da Saúde Mental no contexto do novo modelo de atenção psicossocial em Saúde Mental. Em um terceiro momento, apresenta-se o conceito, características e estrutura do serviço de um Centro de Atenção Psicossocial e, aborda-se finalmente, a temática do Sofrimento Psíquico no Trabalho, tecendo-se, inicialmente, considerações sobre a evolução das principais linhas de pesquisa no campo da Saúde Mental e do Trabalho, para, a seguir, concluir o assunto com uma análise das principais contribuições da Psicodinâmica do trabalho na compreensão das vivências de sofrimento psíquico do trabalhador;
- b) no tratamento metodológico discute-se a abordagem qualitativa, a descrição do local da pesquisa, os critérios de inclusão dos sujeitos, a definição dos instrumentos e, por fim, os procedimentos utilizados na realização deste estudo;
- c) os resultados são apresentados e interpretados em continuidade com foco no conteúdo das falas dos sujeitos da pesquisa científica, utilizando-se a análise psicodinâmica, subsidiada pela técnica de análise de conteúdo de Bardin (1994);
- d) as considerações finais apresentam questões da maior relevância, apreendidas no contexto da análise do sofrimento psíquico experimentado pelos profissionais da Saúde Mental entrevistados, bem como sobre as formas de enfrentamento e defesas utilizadas pelos mesmos em sua rotina de trabalho.

Esta pesquisa tem como foco principal identificar o sofrimento psíquico do profissional da Saúde Mental num Centro de Atenção Psicossocial da cidade de Fortaleza, compreender sua dinâmica e reconhecer as principais formas de enfrentamento deste profissional frente a este sofrimento; visa a possibilitar um melhor gerenciamento deste sofrimento no trabalho, contribuindo para a compreensão dos problemas enfrentados pelo recurso humano envolvido, instigando a própria autora a fundamentar mudanças e ações que promovam o aprimoramento do processo de trabalho baseado em práticas terapêuticas psicossociais, minimizando os conflitos entre o profissional e a realidade de seu trabalho, resultando em um atendimento de qualidade e mais humanizado.

A expressiva demanda do serviço de assistência em Saúde Mental, assim como a sobrecarga emocional e laborativa sofrida por estes profissionais, na atualidade, remetem à necessidade de emergentes e novas investigações, com a finalidade de compreender e apresentar soluções minimizadoras do sofrimento desses trabalhadores, contribuindo para férteis reflexões e efetivas práticas interdisciplinares de melhor qualidade e eficácia..

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Trabalho do profissional da Saúde Mental

2.1.1 Transformações no mundo do trabalho e no âmbito da Saúde

O trabalho, atividade especificamente humana, é fruto de uma infinda série de atribuições de sentidos, estando estes sempre ideologicamente vinculados à realidade política, social e econômica vigentes. Durante muito tempo, foi associado a uma concepção negativa, significando tortura, pena, labuta, estando esta visão refletida na própria etimologia da palavra Trabalho, do vocábulo latino *tripaliare*, do substantivo *tripalium*, que se refere, segundo Aranha e Martins (1993, p.09), a “um instrumento romano de tortura, aparelho formado por três paus, aos quais eram atados os condenados, e que também servia para manter presos os animais difíceis de ferrar.” Comentam, ainda, estes autores, que, na Bíblia, Livro do Gênesis, Adão e Eva foram punidos com a condenação ao trabalho, cabendo, inclusive, a Eva, o “trabalho” do parto, confirmando esta vinculação da concepção de Trabalho relacionada a atividades sofridas e desprazerosas.

Os estudiosos acima referidos enfatizaram que esta noção negativa permaneceu durante toda a Antiguidade, quando o trabalho manual, então extremamente desvalorizado, era exercido unicamente pelos escravos, enquanto as atividades teóricas e políticas eram atribuídas aos homens livres e cultos. O ócio era exaltado como uma prerrogativa dos homens livres, visão esta aceita por filósofos que exaltavam a ociosidade, como Platão (428-347 a.C) e Aristóteles (384-322 a.C), citados por Aranha e Martins (1993). Estas concepções clássicas sobre o Trabalho, provenientes da Grécia e de Roma, foram sustentadas e reforçadas pela estruturação da sociedade com base no trabalho escravo, atividade bastante desvalorizada em seu exercício.

A partir das transformações ocorridas, decorrentes da passagem do feudalismo ao capitalismo, emergiu, a partir do século XVIII, a Revolução Industrial, que impulsionou mudanças sensíveis no mundo do Trabalho. Além de avanços na tecnologia, este período deu

origem a novas classes sociais, a burguesia e o proletariado, e ainda à passagem de uma sociedade agrária para uma sociedade industrial. Estas mudanças políticas e sociais deram grande impulso às transformações do processo de trabalho, rumo à conquista do trabalho assalariado.

A concepção de uma ideologia determinante da importância do Trabalho surgiu com as idéias de Smith (1776), citado por Aranha e Martins (1993), que consistiam no aumento da produtividade através da especialização do trabalhador em uma única tarefa, baseada principalmente na ética do cumprimento do dever (protestantismo). Há este tempo, exaltava-se que, quanto mais duro o sujeito trabalhasse, mais provaria ser merecedor da Graça divina, percebendo-se, aqui, uma inversão de valores. A partir de então, o Trabalho passou a ser visto como uma atividade gratificante; já a ociosidade, em contrapartida, tornou-se alvo de críticas, sendo considerada maléfica e ligada à corrupção e à marginalidade.

O capitalismo e a ética protestante caracterizavam, àquele tempo, uma exploração radical da classe trabalhadora, prevalecendo o domínio do capital sobre o trabalho, idéia esta reforçada pelo modelo de racionalização do trabalho taylorista-fordista. Esta visão capitalista, baseada na concepção da força de trabalho como mercadoria e instrumento de alienação, foi contestada pelo Marxismo, cuja teoria defendia que o Trabalho deveria ser humanizador e proporcionar ao trabalhador a satisfação de suas necessidades, portanto, uma atividade digna que não levasse à desumanização do Homem.

Esta perspectiva marxista retratava o Trabalho como instrumento estruturante da sociedade e do indivíduo, criticando os aspectos alienantes de sua divisão e das leis capitalistas de produção, quanto à significação do trabalho, pois subjugavam o indivíduo somente às necessidades de sobrevivência e consumo. O modelo capitalista, conservador, portanto, não considera as aptidões individuais e interesses gerais do trabalhador, bloqueando o desenvolvimento das potencialidades humanas, a satisfação e o prazer do indivíduo na prática de seu trabalho.

O Trabalho, como discorrido, adquiriu, ao longo do tempo, vários significados. É interessante lembrar que o movimento das relações humanas abriu uma nova discussão acerca da concepção do Trabalho e do seu papel ,enquanto categoria social estruturante da vida das pessoas e da própria sociedade. No entanto, os humanistas sofreram pesadas críticas por tentar

reduzir os problemas dos indivíduos no trabalho às relações interpessoais entre os mesmos, desprezando o contexto socioeconômico.

Diante do exposto, há que verificar se as mudanças ocorridas na macroestrutura social e econômica vêm atuando de modo a redimensionar o mundo do Trabalho nas diversas áreas profissionais, dando origem a novas formas de trabalho, novas relações sociais, novas subjetividades e modificações de valores; novos modos de pensar e agir, tornando evidente que as formas de pensar o Trabalho são determinadas pelas condições sóciohistóricas vigentes. Este pensamento também se aplica ao trabalho realizado pelo profissional da Saúde Mental, pois, como toda e qualquer atividade laborativa, também vem se moldando às novas configurações da realidade e da sociedade, exigindo do trabalhador acúmulo de conhecimento, adaptação e mudança de atitude, tornando-o capaz de atender às transformações políticas, científicas, econômicas, ideológicas e sociais emergentes, que determinaram uma nova relação da sociedade com a loucura e novas práticas terapêuticas e assistenciais em Saúde Mental.

A interrelação das múltiplas dimensões que evoluem historicamente de maneira a compor o mundo do trabalho, foram estudadas por Borges e Yamamoto (2004). Senão vejamos::

dimensão concreta, que se refere à tecnologia com a qual se pode contar para realizar o trabalho, e às condições materiais e/ou ambientais em que se realiza, incluindo segurança física e conforto;

dimensão gerencial, que se refere ao modo pelo qual o trabalho é gerido, segundo o exercício das funções de planejar, organizar (dividir e distribuir tarefas), dirigir e controlar o mesmo;

dimensão sócio-econômica, que abrange a articulação entre o modo de realizar o trabalho e as estruturas sociais, econômicas e políticas em plano macro da sociedade;

dimensão ideológica, que consiste no discurso elaborado e articulado sobre o trabalho, no nível coletivo e societal, justificando o entrelaçamento das demais dimensões e, especialmente, as relações de poder na sociedade. Deriva diretamente das grandes correntes de pensamento;

dimensão simbólica, que abrange os aspectos subjetivos da relação de cada indivíduo com o trabalho (BORGES; YAMAMOTO, 2004, p. 27);

Portanto, conclui-se que o contexto de desenvolvimento das relações do indivíduo com o seu trabalho relaciona-se com os aspectos simbólicos mais amplos da cultura, acrescidos das demais dimensões acima (objetivas, sociais, ideológicas, econômicas e subjetivas) que se

articulam na realidade do trabalho. Assim, entende-se que qualquer discussão acerca do assunto deve priorizar a leitura da realidade, em interação com o sujeito trabalhador e sua atividade laborativa.

Dejours (2005), por considerar o trabalho uma atividade humana por excelência, discorre sobre a complexidade desta atividade, apontando como questão fundamental o respeito à integridade e aos limites da condição humana, observando que qualquer análise da relação humana na situação de trabalho deve integrar estas três dimensões: biológica, social e subjetiva. Assim, toda ação do trabalhador, por mais racional ou técnica que seja, “deve passar por uma dramaturgia adequada, em função do lugar, tempo e contexto cultural, social e histórico da ação” (GOFFMAN, 2005 apud DEJOURS, 2005, p.69).

A visão Dejouriana realça, então, que a análise do comportamento humano no trabalho deve voltar-se à interação com o mundo subjetivo, físico (objetivo) e o social, primando, dessa forma, pelo olhar holístico e interdisciplinar. Esta perspectiva de análise reconhece a complexidade humana em situações de trabalho e fala da importância dos pressupostos teóricos, inerentes a todo procedimento científico relativo ao fator humano, no mundo do trabalho: os conceitos de Homem, tecnologia e trabalho devem fundamentar as orientações de pesquisa e apoiar todos os procedimentos, evitando-se o reducionismo científico (determinismo causa-efeito) e o sincretismo (percepção global e confusa, ecletismo), nas questões humanas no trabalho (DEJOURS, 2005).

Importante enfatizar que a intervenção na Saúde, durante muito tempo, baseou-se no modelo biomédico, segundo o qual a doença era uma condição física do corpo, devendo as intervenções médicas concentrar-se apenas nas causas biológicas. Este modelo biomédico tem influenciado a Medicina até os dias atuais, caracterizando-se, no ponto de vista de Straub (2005), por não fazer menção às variáveis psicológicas, sociais ou comportamentais do indivíduo na doença, sendo considerado, por este motivo, um modelo reducionista, na medida em que aborda fenômenos complexos, como saúde e doença, sob um único prisma, comungando com a doutrina cartesiana do dualismo mente-corpo, cujo entendimento consiste na alegação de que estas entidades são separadas, não interagem.

Com o desenvolvimento das idéias psicanalíticas de que determinados sintomas não poderiam ser explicados exclusivamente por causas biológicas ou orgânicas (perda da fala,

surdez e até parilisia), o modelo biomédico passou a ser questionado, uma vez que outros fatores (psicológicos) estariam envolvidos na determinação da doença. Alexander (1940), psicanalista, citado por Straub (2005), reforçou, as idéias Freudianas, segundo as quais a presença de determinados conflitos inconscientes poderiam levar a queixas físicas, como hipertensão, enxaquecas, úlceras, hipertireoidismo e asma brônquica. Estas idéias impulsionaram um movimento reformista: a Medicina Psicossomática. Acontece que também esta vertente, assim como ocorreu com o modelo biomédico, foi bastante criticada pelo reducionismo na atividade de pensar a doença, pois causas físicas e psíquicas passaram a ser supervalorizadas, unilateralmente, reforçando assim o dualismo corpo mente.

Atualmente, sabe-se que o processo saúde doença resulta de uma interação de fatores múltiplos, incluindo a hereditariedade, o ambiente e a formação psicológica individual. Straub (2005) atribuiu à Psicanálise e à Medicina Psicossomática a responsabilidade pela solidificação das bases da tendência contemporânea, segundo a qual há que se analisar a doença e a saúde como algo multifatorial. Esta perspectiva multifatorial, conhecida atualmente como biopsicossocial, tem influenciado todos os serviços de atendimento em Saúde, na atualidade, principalmente os de assistência à Saúde Mental, que buscam fundamentar suas práticas considerando estas influências mútuas entre os contextos biológicos, psicológicos e sociais da saúde.

A hegemonia do modelo clínico e hospitalocêntrico, de intervenção no campo da Saúde Mental, explica-se como sendo fruto da influência, nos serviços de saúde, dos paradigmas políticos, sociais, ideológicos e religiosos, que influenciaram a relação da sociedade com a loucura. Assinalando Foucault (1968), citado por Resende (1987), sobre esta relação tem-se que:

não existe cultura que não seja sensível, na conduta e na linguagem dos homens, a certos fenômenos com relação aos quais a sociedade toma uma atitude particular: estes homens não são considerados nem completamente como doentes, nem completamente como criminosos, nem feiticeiros, nem inteiramente como pessoas normais; há neles algo que fala da diferença e chama a diferenciação (FOUCAULT, 1968 apud RESENDE, 1987, p. 20).

A institucionalização no tratamento da doença mental mostrou-se, por longas décadas, a única forma de tratar a loucura, sendo este fato constatado na evolução da História da prática

médica, desde os primórdios dos serviços de assistência à Saúde Mental até as práticas psicossociais atuais. Estas instituições, durante um longo período, apesar dos apelos de caráter humanitário e assistencial que justificavam a sua criação, serviam, principalmente, de hospedaria e isolamento destes indivíduos considerados uma ameaça à ordem e à paz social. Existiam tão somente pela função exclusivamente segregadora, refletindo, dessa maneira, a única forma que a sociedade encontrava para lidar com a loucura.

Nesta discussão é importante, também, pautar que, inicialmente, a constituição dos hospitais na Antiguidade (final do império romano e boa parte do período medieval) relacionava-se a práticas religiosas, filantrópicas e de caridade. Construídos pela Igreja Católica, acolhiam doentes, pobres, desabrigados, loucos e prostitutas, sem qualquer função curativa. Com o advento da criação do Hospital Geral de Paris (1656), novos papéis foram atribuídos a estas instituições, pois o diretor possuía poderes, dentre os quais o dever de determinar internações involuntárias, a pedido do poder público. tornaram-se os hospitais verdadeiros auxiliares da ordem pública e do bem-estar das classes dominantes, adquirindo, portanto, uma função pública.

Foucault (1979) referia acerca dos hospitais como estruturas institucionais que serviam a grande internação ou grande enclausuramento, por sua natureza semijurídica de controle e segregação social, “uma estrutura de poder entre a polícia e a justiça”. O internamento, chamou atenção este estudioso, durante muito tempo teve como função manter silenciosa a loucura não pondo em questão as relações da loucura com a doença e as relações da sociedade com o louco.

As idéias do Iluminismo, os princípios da Revolução Francesa e a declaração dos direitos do homem nos Estados Unidos, contudo, influenciaram a transformação do hospital em instituição médica fundamentadas no modelo epistemológico das ciências naturais. No âmbito desta discussão, sob a influência da medicina social, os hospitais tornaram-se o universo da construção e sistematização do saber médico, onde o doente e a doença deveriam ser isolados e observados com o objetivo da cura. Estas transformações ocorreram principalmente na França, no final do século XVIII, e embora ensejassem mudanças terapêuticas e institucionais, justificada pela forma científica de tratar a loucura, para Resende (1987, p. 26) apenas “promovia a substituição da violência franca pela violência velada da ameaça e das privações”.

As relações econômicas e sociais modificavam-se em decorrência da queda do poder da aristocracia e da igreja, em contraposição ao surgimento da burguesia. Neste contexto, a lei não era mais privilégio do rei ou do clero e as explicações mágicas e sobrenaturais subjugavam-se à ciência. Estas mudanças de natureza cultural, política e científica, ocorridas nos séculos XVII e XVIII, tiveram influência decisiva na elaboração de políticas públicas de saúde, pois a doença cada vez mais se tornava uma questão política e científica, vinculando-se o poder do estado à prática médica.

Assim, as internações hospitalares passaram a ser utilizadas como poder de polícia médica, servindo de proteção ao estado contra doenças e males. Estes movimentos sociais e interesses políticos e econômicos influenciavam, portanto, as diversas concepções sobre loucura e doença mental, direitos e deveres sociais determinavam políticas públicas permeando também a construção do saber médico psiquiátrico.

Os preconceitos e estigmas, ademais, ao longo de toda a história, estiveram sempre presentes na relação das instituições psiquiátricas com os doentes mentais. A prática do isolamento, fruto destes preconceitos, argumentou Ischiara (2005), sempre foi evidente, desde a Idade Média, quando da criação da “nau dos insensatos”, uma embarcação que levava doentes e deficientes mentais sem destino, protegendo as pessoas “sãs” da loucura dos insanos; os loucos, eram considerados possuídos, atribuindo-se sua loucura a fenômenos sobrenaturais.

Esta concepção místico-religiosa predominou na Idade Média e foi responsável por nomear os comportamentos dos loucos como expressões do demônio e de feitiçaria, enquanto no Renascimento, por seu turno, os loucos, além de demoníacos, eram vistos como pessoas perigosas, tais como os criminosos, e por isso deveriam ser excluídos da sociedade, devendo ser internados com outras categorias de doentes, leprosos etc.

A verdade é que a sociedade sempre temeu a loucura considerando-a, assim, como doenças infecto-contagiosas tais como lepra, tuberculose isoladas no sanatório, uma ameaça social a ser tratada nos asilos por medida de segurança. Tal fato traz à tona a idéia de que os conceitos de doença mental e periculosidade sempre estiveram associados, perdurando ainda nos dias de hoje, como forma de sustentação do modelo hospitalocêntrico.

O nascimento da Psiquiatria, sendo assim, coincidiu exatamente com a época da transformação do hospital com naturezas filantrópicas, sociais e judiciais em instituição médica. Pinel (1795) citado por Amarante (2003), ficou conhecido como o pai da psiquiatria ao modificar o Hospital Bicêtre na França, antes com prática baseada em assistência social e caridade, transformando-o em instituição médica. O isolamento enquanto prática terapêutica, neste contexto, continuava sendo justificado como procedimento para estudar e tratar loucura, e como forma de segurança do próprio enfermo, da família e da sociedade.

As primeiras transformações nas instituições asilares realizavam-se com moldes na medicina biológica, clínica e explicativa, onde era proposto um espaço hospitalar específico para a loucura que se pudesse desenvolver um saber psiquiátrico com práticas fundamentadas em três estratégias apontadas por Castel (1978) como tecnologia pineliana: o isolamento, a organização do espaço asilar e a constituição de uma relação terapêutica baseada na autoridade (tratamento moral). Nesta época havia uma tentativa de tratar a loucura com práticas fisiológicas, médicas e técnicas de intervenção terapêutica de controle moral, repressivas, que segundo Silva Filho (1987) consistia em uma conjugação da prática médica e pedagógica capazes de exercer o controle sobre a loucura, com o pretexto de reinserção do doente na sociedade.

Mediante o exposto, no que concerne à Psiquiatria, verificou-se que, embora tenha se vinculado o isolamento a exclusão social, originalmente o princípio do isolamento era utilizado também por toda a medicina como parte da constituição do conhecimento psiquiátrico e prática terapêutica, permitindo a classificação e arranjo nosográfico das doenças mentais. Nestas circunstâncias era emergente que a loucura, reitera Silva Filho (1987) fosse caracterizada como doença mental, sendo tratada com técnicas e métodos específicos. Desse modo, a perspectiva Pineliana e seu princípio terapêutico “isolar para conhecer e tratar”, contribuiu não só para a compreensão da doença mental de uma forma científica, mas para a melhoria do tratamento psiquiátrico, quando sugeriu a abolição do uso de correntes e torturas nas práticas diárias hospitalares.

No Brasil, em tempos pretéritos, os loucos eram recolhidos aos porões da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, onde permaneciam em condições impróprias e insalubres. Com a influência das idéias higienistas francesas, no entanto, passou-se a procurar um local

mais específico para o recolhimento e tratamento dos mesmos. Pereira (1838) citado por Sampaio e Barroso (2005), provedor da Santa Casa, lutou por reformas do velho hospital na tentativa de criar unidades de tratamento especializadas, por doença, altamente eficazes para os padrões científicos da época. Porém, até esse momento, consoante afere Ramos e Geremias (2005), o investimento do governo em questões relativas à alienação mental era quase inexistente, sendo suas ações voltadas unicamente ao isolamento da cidade daqueles que poderiam perturbar sua paz.

As idéias científicas e humanitárias advindas da Revolução Francesa (1789-1794) consistiam em retirar os doentes mentais dos depósitos e espaços de reclusão onde eram abandonados, sujeitos a toda sorte de maus tratos e castigos, passando a tratá-los de acordo com os conhecimentos "científicos" da nascente psiquiatria, segundo os ideais humanitários de "liberdade, igualdade e fraternidade" expressos na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão. Estes ideais despertaram, no Brasil, ações voltadas para resolver o problema dos maus tratos e abandono a que eram submetidos os doentes mentais.

O Hospício de Pedro II, criado em 1852, foi considerado o marco institucional da assistência psiquiátrica brasileira e do advento da Psiquiatria como especialidade médica no Brasil. Todavia, permanecia administrativamente subordinado a Santa Casa, assumindo assim função saneadora e segregadora sob o pretexto do caráter humanitário (tirar os loucos da rua). Resende (1987) alertou que as instituições psiquiátricas continuavam a ser criadas como indicação prioritariamente social (a remoção e exclusão do elemento perturbador) e no outro extremo como indicação clínica; este fato retratava, neste momento, a inexistência da prática médica psiquiátrica no Brasil, ficando os internados ainda entregues aos cuidados de religiosas e enfermeiros despreparados.

A Proclamação da República alerta o autor supracitado revestiu a assistência ao doente mental de cientificidade, constituindo marco divisório entre a psiquiatria empírica e a psiquiatria científica, momento em que a classe médica assumiu o controle das instituições psiquiátricas. Além disso, a influência do positivismo e dos ideais republicanos tornava o estado agente responsável pela saúde individual e coletiva.

Criou-se, no Brasil, a assistência médica e legal aos alienados, primeiro órgão nacional de normatização e coordenação da assistência psiquiátrica, a qual se encontrava vinculado o

Hospício Nacional do Alienado, novo nome dado ao Hospital Pedro II, bem como algumas colônias, na tentativa de resolver a superlotação deste hospício.

A Psiquiatria Brasileira evoluía rumo à cientificidade, com a crescente preocupação científica de estudar e compreender a loucura, assumindo os hospitais, paulatinamente, sua função médica propriamente dita. A doença mental tornava-se objeto de conhecimento e a hospitalização passava a ser reconhecida por suas características médicas e terapêuticas. O pioneiro do ensino da psiquiatria brasileira, Brandão (1890) citado por Amarante (2006), considerado também o “Pinel Brasileiro”, ensejou a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (IPUB), atual Instituto de Psiquiatria da Universidade do Rio de Janeiro (IPUFRJ).

A Psiquiatria Brasileira evoluía rumo à cientificidade, com a crescente preocupação científica de estudar e compreender a loucura, assumindo os hospitais, paulatinamente, sua função médica propriamente dita. A doença mental tornava-se objeto de conhecimento e a hospitalização passava a ser reconhecida por suas características médicas e terapêuticas. O pioneiro do ensino da psiquiatria brasileira, Brandão (1890) citado por Amarante (2006), considerado também o “Pinel Brasileiro”, ensejou a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (IPUB), atual Instituto de Psiquiatria da Universidade do Rio de Janeiro (IPUFRJ).

Ao assumir o cargo de Diretor Geral do Hospício Nacional de Alienados, Moreira (1903) conhecido como Mestre da Psiquiatria Brasileira, citado por Ramos e Geremias (2005) dedicou-se à criação de novos asilos e à reorganização dos estabelecimentos, revelando-se um defensor das colônias agrícolas então existentes. Ao lado da estatização dos hospitais psiquiátricos, foram estimuladas as criações das colônias agrícolas baseadas em atividades de agropecuária e artesanal, momento em que o modelo asilar clássico começava a ser questionado. Esta época ficou então conhecida como a Era de Ouro das Colônias quando as instituições agrícolas propunham-se como soluções terapêuticas alternativas para o problema da loucura.

Nesse sentido, o trabalho assumia um papel terapêutico auxiliar, de fundamental importância no tratamento psiquiátrico, pois já se acreditava que seria fator preponderante na

recuperação do alienado mental. Os hospitais colônias, baseados nesta perspectiva, na aceção de Ramos e Geremias (2005), proliferaram-se entre 1910 e 1940, sob a influência dos psiquiatras e diretores nacionais de assistência psiquiátrica, como Juliano Moreira e Aduato Botelho. Ressalta Sampaio e Barroso (2005), que havia uma grande ênfase, nesta época, em atender os abandonados sociais, criando uma máquina previdenciária-assistencial para tanto, pelo que foram criados hospitais psiquiátricos estatais em todas as unidades federativas (Era de Ouro dos Hospitais Estaduais).

No entanto, estas mudanças terapêuticas não eliminavam a notável influência das idéias Pinelianas (tratamento moral), que defendiam que o isolamento em uma instituição disciplinar rígida, com regras e regulamentos, reordenaria o mundo interno do alienado, resgatando sua razão.

Nesse íterim foi promulgada lei 378, de 13 de Janeiro de 1937, com o objetivo de reestruturar o Ministério da Educação e Saúde que havia recebido do Ministério da Justiça e Negócios Interiores a responsabilidade por todos os órgãos que compunham o serviço de assistência psiquiátrica: o Hospital Psiquiátrico da Praia Vermelha (herdeiro da maior parte dos prédios, equipamentos e acervo do antigo Hospício Nacional de Alienados); o Instituto de Neurosífilis (precursor do atual Instituto Philippe Pinel); a Colônia Juliano Moreira; a Colônia Gustavo Riedel (atual Centro Psiquiátrico Pedro II - CPP-II); e o Manicômio Judiciário.

Resende (1987) pontuou que o tratamento ao doente mental priorizava principalmente o internamento, apesar das tentativas, na década de 30, de criação de ambulatórios e serviços abertos. Vale salientar, que por volta da década de 50 a Organização Mundial de Saúde preocupou-se também com o alto custo da doença mental para o processo produtivo, chamando a atenção dos países em desenvolvimento para que estes investissem em ações de saúde mental, porém em nenhum momento revelou qualquer preocupação acerca das más condições de tratamento oferecidas aos doentes mentais.

Em meio a todo este processo, experiências pioneiras no campo da saúde mental no Brasil eram desenvolvidas por Silveira (1944) citada por Melo (2007) na tentativa de substituir o modelo manicomial por novos dispositivos de tratamento. Assim, muitos acreditam ter iniciado o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, pois lutou por

prementes mudanças contra métodos agressivos utilizados nas práticas manicomialis como eletrochoque, lobotomia, incorporando ao tratamento do paciente psiquiátrico outras atividades com ênfase na arte, na tentativa de compreender o processo inconsciente do paciente. Criou a Casa das Palmeiras, uma instituição com características semelhantes aos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), daí porque Delgado (1998) citado por Melo (2007) justifica porque ela se apresenta como precursora destes novos dispositivos institucionais:

o trabalho iniciado por Nise da Silveira é responsável pela existência, hoje, de serviços de atendimento em saúde mental completamente diferentes do manicômio, onde a liberdade, a criatividade e a solidariedade entre pacientes e profissionais recupera seres humanos para o convívio social e a felicidade; a casa das palmeiras... é pioneira no mundo no tratamento aberto; os serviços de saúde criados a partir das suas descobertas - núcleos e centros de atenção psicossocial, ambulatórios de psiquiatria, ala psiquiátrica em hospitais gerais e o tratamento domiciliar- são hoje incorporados aos programas de saúde das organizações Mundial de Saúde e Pan-Americana de Saúde (DELGADO,1998 apud MELO, 2007, p. 07).

Os hospitais estatais, apesar de todas estas mudanças, permaneciam superlotados com deficiência de pessoal e maus tratos, ensejando, na década de 60, um crescimento assustador do número de leitos psiquiátricos privados, unindo interesse econômico e poder político. Após o golpe militar de 64, salienta Amarante (2006) o setor da saúde viveu o mais radical processo de privatização do mundo. As colônias agrícolas perdiam importância na atividade terapêutica, e em seu lugar eram desenvolvidas atividades monótonas e repetitivas conhecidas como praxiterapias, nas quais os pacientes não percebiam qualquer sentido. Esta foi a Era de Ouro dos Hospitais Privados e da Terceirização das Funções do Estado no campo da saúde mental.

Em 1965, o Hospital de Neurosífilis, foi transformado em Hospital Pinel, com o objetivo de funcionar como pronto socorro psiquiátrico, capaz de intervir nas situações de crise e evitar internações. Posteriormente nomeado Hospital Philippe Pinel, ganhou um novo regimento interno, o qual lhe foi atribuído funções adicionais de Ensino e Pesquisa em Psiquiatria e Saúde Mental, além de serem estabelecidos princípios de Reorientação da Assistência Psiquiátrica (Reforma Psiquiátrica) contidos nas recomendações e declarações emitidas pelos organismos Internacionais de Saúde, pelas Conferências Nacionais e Internacionais de Saúde e pela Carta de Princípios e Direitos elaborada pela própria comunidade interna da instituição.

As circunstâncias impulsionavam a evolução no campo da assistência em saúde mental no Brasil que se desenvolvia sob a influência dos grandes movimentos externos reformistas dos espaços hospitalares e extra-hospitalares (França, Inglaterra, Itália, Estados Unidos) após a segunda grande guerra.

No contexto brasileiro as proposições contra o regime manicomial já estavam presentes nas lutas setoriais, denúncias de violências e maus tratos a doentes mentais inspiradas nas experiências internacionais da comunidade terapêutica, psicoterapia institucional, na psiquiatria de setor e na psiquiatria comunitária, embora as propostas de desospitalização e reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil encontrassem resistências face às questões de poder implicadas nesta luta e a divergência de interesses econômicos e políticos. É necessário explicar que o Brasil vivenciava um período ditatorial que segundo Kantorski (2001) estimulava a contratação de leitos privados nos hospitais psiquiátricos tradicionais, implicando no desenvolvimento de um amplo parque manicomial.

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, em meio a tantas contradições políticas, econômicas e sociais, sofria impactos das mudanças ocorridas nas práticas psiquiátricas internacionais que sem dúvida deram grande impulso ao movimento da reforma psiquiátrica brasileira.

2.1.2 A influência dos movimentos internacionais da psiquiatria na reforma psiquiátrica brasileira

A evolução do modelo assistencial biomédico e hospitalocêntrico em saúde mental para a perspectiva biopsicossocial vêm se transformando, no Brasil, de forma lenta e progressiva. Isto porque esta transformação é um processo bastante complexo, pois exige ações capazes de implementar mudanças de paradigmas e representações sociais sobre a loucura e os direitos dos doentes mentais, bem como depende dos paradigmas orientadores das políticas públicas de saúde que dêem suporte a estas transformações.

È notório que na realidade brasileira o processo da reforma psiquiátrica e a realidade da saúde mental estiveram sempre intrinsecamente ligados ao processo político de democratização da sociedade bem como dependente dos investimentos públicos em políticas sociais, denotando a grande articulação entre a reforma psiquiátrica no Brasil e o contexto político-social. As idéias reformistas internacionais com foco na desinstitucionalização circulavam no Brasil em meio a um período que para Resende (1987) citado por Kantorski (2001) representava um marco na assistência psiquiátrica destinada ao doente mental indigente e a uma nova fase de extensão de cobertura aos trabalhadores e seus dependentes (período que se seguiu ao movimento militar de 1964), porém isto se fez sob a égide privatista que, somada à precariedade da rede ambulatorial ainda incipiente, representou um afluxo maciço de doentes para os hospitais psiquiátricos da rede privada.

O movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, como já exposto, apesar destas contradições, vivenciava experiências e tentativas de transformações das instituições psiquiátricas asilares sob a influência dos movimentos reformistas da psiquiatria efetuados em outros países. A violência nos manicômios e reivindicações sobre os direitos do doente mental eram pautas de debates internacionais que objetivavam reconstruir um novo espaço para a loucura.

Estas iniciativas de transformações da assistência psiquiátrica centraram suas propostas, inicialmente, na modificação da dinâmica interna do funcionamento das instituições asilares assim como nas formas de tratamentos por elas oferecidas aos doentes mentais. Os espaços asilares e sua função terapêutica começaram a ser questionados, já que não serviam para os fins da recuperação, mas sim à cronificação do indivíduo, destituindo-o de todos os vínculos familiares, sociais e de sua identidade enquanto ser humano.

Mora (1985) citado por Botega e Dalgalarrondo (1997, p.14) com relação à necessidade destas mudanças refere que “o tratamento moral mostrava-se ineficaz e os hospitais psiquiátricos abarrotados de doentes crônicos”. Além disso, com o desenvolvimento da psiquiatria médica, aliado ao fortalecimento das idéias emergentes de liberdade, igualdade e fraternidade do contexto sócio-histórico vigente e ao desenvolvimento de abordagens psicoterapêuticas (psicanálise, técnicas grupais, psicoterapia breve) e sócio-terapêuticas (terapia ocupacional, laborterapia), houve grande impulso para reformulações no tratar a

loucura, seguido de transformações do modelo assistencial asilar, segregador, desumano e estigmatizante.

Entende-se que o período pós-guerra tornou-se momento propício para a reflexão sobre as diversas formas de privação de liberdade e desrespeito aos direitos humanos. Os hospitais psiquiátricos e suas práticas exclusivas foram alvos de críticas, sendo comparados a campos de concentração, tendo em vista a violência e os maus tratos que dispensavam às pessoas portadoras de sofrimento mental.

A partir desse momento, surgiram as Reformas Psiquiátricas Internacionais, influentes na prática psiquiátrica brasileira, e divididas em três grandes períodos: o primeiro período assumia uma crítica à estrutura asilar, propondo uma reforma interna da organização psiquiátrica (Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional); o segundo voltou-se para a comunidade, utilizando-se do espaço público como ponto central para a prevenção e o tratamento da doença mental (Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Comunitária ou Preventiva); e, por fim, a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana constituíram o terceiro período, questionando o saber e a prática psiquiátricos e rompendo com o modelo assistencial vigente de maneira a propor um novo projeto de comunidade terapêutica, sem a hegemonia do saber médico (BIRMAN; COSTA, 1998 apud AMARANTE, 1995).

As experiências da comunidade terapêutica desenvolvidas na Inglaterra referiam-se estritamente às práticas terapêuticas realizadas no interior das instituições psiquiátricas. Estas defendiam uma mudança radical das referidas práticas, pois era notório que o modelo interventivo utilizado favorecia a cronificação, deixando assim de propiciar a recuperação do paciente. Sendo assim, não se podia mais deixar que esta situação permanecesse, assistindo-se passivamente a estas práticas asilares excludentes.

O termo Comunidade terapêutica foi utilizado por Jones (1959) citado por Soares (1997) para definir as experiências desenvolvidas em um hospital psiquiátrico, baseados nos trabalhos de Bion, Reichman, Simon, Sullivan, Menninger. Em face da extrema precariedade da assistência, haja vista a escassez de profissionais de saúde, o abandono e os maus tratos dispensados aos pacientes internados ensejaram iniciativas de reformulações do espaço asilar através da transformação de sua dinâmica institucional, vez que a sociedade não mais aceitava tamanho desrespeito aos direitos humanos dos cidadãos.

Enquanto proposta terapêutica, a Comunidade Terapêutica baseou-se na adoção de um processo terapêutico participativo e democrático, colocando a importância do trabalho e da relação grupal neste contexto. A praxiterapia ou terapia ocupacional na década de 20, defendia que o trabalho poderia transformar a atmosfera das instituições, na medida em que teria efeito benéfico no comportamento dos pacientes, em razão da sua importante função terapêutica. As técnicas grupais, por outro lado, ressaltavam a inserção dos pacientes em grupos, acreditando no potencial terapêutico dos sistemas grupais; os pacientes, neste contexto, deveriam ser trabalhados em pequenos grupos para serem estimulados a compartilhar sentimentos e conflitos. Estas mudanças nas intervenções terapêuticas mostravam grande avanço na ressocialização dos pacientes (AMARANTE, 2003).

Portanto, a idéia de comunidade terapêutica como cultura terapêutica a ser adotada no interior de instituições psiquiátricas deveria, segundo Jones (1972), ser assumida por todos os atores envolvidos na recuperação do paciente (técnicos, profissionais de saúde, familiares, comunidade e inclusive os próprios pacientes), pois com a participação ativa de todos, o tratamento e a vida hospitalar seriam otimizados e humanizados. Entendia ainda este autor, que as experiências vivenciadas dentro do hospital deveriam propiciar “aprendizagem ao vivo”, no sentido de preparar o paciente para a vida externa.

Para tanto, os profissionais de saúde deveriam desenvolver uma postura democrática, diferentes da tradicional, propiciando o compartilhamento de experiências, o diálogo e as discussões coletivas, permeadas por trocas constantes e pela liberdade de comunicação entre equipe, pacientes, familiares e comunidade, facilitando assim a construção do processo democrático no hospital e práticas terapêuticas mais integradas capazes de minimizar os efeitos da segregação e exclusão social.

As implicações da referência psicossociológica e dos conhecimentos psicanalíticos sobre a Comunidade Terapêutica, basearam-se, principalmente, conforme Botega e Dalgarrondo (1997), nos princípios de participação ativa dos pacientes no processo terapêutico e da ação da instituição enquanto equipe terapêutica como um todo (instrumentos terapêuticos baseados principalmente na psicoterapia individual, farmacoterapia e terapia ocupacional), abandonando-se o modelo médico verticalizado segundo o qual a doença e o diagnóstico eram colocados em primeiro plano. Nesta perspectiva, os profissionais integrantes

da equipe terapêutica necessitavam de constante supervisão, tendo em vista a influência de seu estado emocional no restabelecimento e tratamento do estado psíquico dos pacientes.

Prosseguindo nesta linha de raciocínio, os autores acima mencionados ressaltaram que a década de 50 representou uma fase decisiva no processo de desinstitucionalização na Inglaterra. Isto em razão da reforma terapêutica introduzida pelo uso de novos psicofármacos, bem como por uma reforma administrativa caracterizada pelo desenvolvimento e implementação de ideologias assistenciais como a “política de portas abertas” e a “comunidade terapêutica”. Destacaram-se ainda, neste contexto, a utilização de estruturas assistenciais como UPHGs (unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais), centros-ambulatoriais, hospitais-dia, pensões protegidas e, finalmente, o advento da reforma legal concretizada pelo “*Mental Health Act of England and Wales*” (1959).

A Psicoterapia Institucional Francesa compartilhava a mesma idéia da Comunidade Terapêutica, cujo objetivo principal baseava-se no resgate do potencial terapêutico do hospital psiquiátrico que, devido a circunstâncias político-sociais, havia se tornado um lugar de violência e repressão, desviando-se assim de sua finalidade principal, qual seja: a recuperação do doente mental.

Considerando o hospital uma estrutura doentia, Amarante (2003) discorreu sobre a necessidade de promover transformações internas no sentido de reconstruir o espaço terapêutico, a fim de torná-lo livre de práticas doentias como é o caso da verticalidade das relações, da medicalização excessiva e do mau uso de terapêuticas que favoreciam, à segregação, ao controle e ao isolamento, levando à cronificação da doença mental. No caso, haveria que se tratar a instituição e não simplesmente o doente mental, daí a necessidade de promover uma reforma institucional urgente.

O Hospital de Saint-Alban, na França, iniciou experiências fundamentadas na terapêutica ativa e na psicanálise, pois acreditava que o ambiente do hospital reformado, alicerçado em relações significantes, poderia influenciar positivamente no tratamento psiquiátrico, de modo a tornar-se um lugar de tratamento e cura, possibilitando a reinserção do doente à sociedade. Esta visão implementada por Tosquelles (1939) citado por Amarante (2003) estimulou a construção de um espaço terapêutico hospitalar coletivo, propondo a

criação de clubes terapêuticos gerenciados pelos próprios internos, onde eram promovidas diversas atividades como festas, passeios e ateliês.

Salienta-se o fato de que a Psicoterapia institucional com foco na eficiência da equipe terapêutica, utilizando-se principalmente de idéias psicanalíticas, foi bastante criticada pelo seu olhar unicamente voltado ao interior da instituição asilar. Isto porque em nenhum momento repensou a função da psiquiatria, bem como o seu papel social como prática transformadora da realidade estigmatizante frente ao sofrimento psíquico humano.

As perspectivas da comunidade terapêutica e da psicoterapia institucional foram, por conseguinte, bastante criticadas pelo fato de serem consideradas práticas não transformadoras da realidade existente no tratar a loucura, principalmente no que concerne a institucionalização como forma de tratamento.

A Psiquiatria de Setor, também de origem da psiquiatria francesa, representou, neste panorama, um movimento anterior às experiências de psicoterapia institucional. Esta corrente considerava, já naquele momento, a importância do meio social como fator indispensável ao tratamento e cura da doença mental.

Esta prática inspirava-se nas idéias de Bonnafé (1945) e de alguns psiquiatras progressistas citados por Amarante (1995) que consideravam alienante a estrutura do hospital, defendendo que a passagem por esta instituição deveria representar somente a primeira parte do processo de tratamento, transferindo-se para a comunidade o encargo do acompanhamento e da assistência voltados ao paciente. Este pensamento foi reforçado ainda pela política oficial do estado francês, que considerava ser a psiquiatria asilar onerosa aos cofres públicos. Com a oficialização desta política, as cidades francesas foram divididas em setores geográficos com aproximadamente setenta mil habitantes, onde atuavam equipes constituídas por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e instituições com a responsabilidade de assegurar a continuidade do tratamento do paciente em seu próprio meio, social e cultural.

O hospital de cada cidade também era dividido em setores, pelo que o paciente residente no setor (A) de uma cidade (X) deveria ser internado no setor (A) do hospital desta cidade, permanecendo assim, com a mesma equipe terapêutica, após o momento da alta hospitalar. Portanto, havia uma vinculação entre o tratamento hospitalar e a prestação extra-hospitalar de

cuidados, iniciando-se uma política de reabilitação e de reinserção social da loucura. Esta prática, no entanto, consoante afere Amarante (1995), encontrou resistências ao defender que a sociedade, assim como alguns grupos de intelectuais, temia a invasão dos loucos nas ruas. Entretanto, não resta dúvida que se tratou de uma importante tentativa de transformação da prática psiquiátrica até então centrada exclusivamente no hospital psiquiátrico.

A Psiquiatria Comunitária ou Preventiva surgiu, por sua vez, na década de 60, nos Estados Unidos, quando da necessidade de transformações e de uma total reorganização dos serviços psiquiátricos neste país. O então falecido Presidente Kennedy, em 1963, conforme noticia Jones (1972), propôs um programa nacional de saúde mental, estabelecendo uma diretriz inovadora e uma nova prática de atendimento aos doentes mentais, momento em que ressaltou a importância do trabalho comunitário e preventivo no campo da assistência psiquiátrica, determinando a criação de centros comunitários de saúde mental e a implantação de unidades psiquiátricas adicionais em hospitais gerais.

A prática adotada pelos americanos inaugurou uma nova abordagem na psiquiatria, segundo a qual esta ciência não haveria de se preocupar, exclusivamente, com o tratamento da doença mental, mas com o caráter preventivo da intervenção na comunidade, visando à promoção da saúde mental. Por este motivo, ficou conhecida como Psiquiatria Preventiva ou Comunitária, por estabelecer, como alvo primordial, o caráter preventivo da saúde mental da comunidade.

A reforma preventivista resultou na organização de serviços psiquiátricos extra-hospitalares como os centros de saúde mental, os hospitais dia/noite, as oficinas protegidas, os lares abrigados e as enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais, tudo isto no sentido de desinstitucionalizar a assistência psiquiátrica. Desde então, a doença mental passou a ser vista pela psiquiatria como doença também do psiquismo, necessitando para a sua prática do auxílio de disciplinas não médicas.

Os princípios da Psiquiatria Preventiva baseavam-se na visão Caplaniana, e por isso consistiam em diminuir a incidência dos distúrbios mentais (prevenção primária); reduzir sua duração, quando não for possível evitá-los (prevenção secundária); e, por fim, evitar ou minimizar o dano (prevenção terciária). Além disso, era nítida, neste contexto, a influência de

teorias sociológicas e antropológicas no entendimento do conceito de crise, considerado por Caplan (1980) como uma desadaptação.

Esclarece o pensamento caplaniano que a crise não seria necessariamente sinônimo de desequilíbrio gerado por um fator único, afirmando ainda o estudioso que, por sua transitoriedade, a doença mental poderia estabelecer oportunidade de crescimento pessoal quando submetida a uma intervenção profissional adequada. Assim, intervenções socioculturais, familiares, comunitárias ou assistenciais no momento de uma crise diminuiriam, dessa forma, a possibilidade do surgimento de uma doença mental, na medida em que fortaleceriam a capacidade de ajustamento do indivíduo.

Neste contexto, as equipes de saúde baseadas em intervenções comunitárias e em uma nova concepção de personalidade biopsicossocial revestiam-se de grande importância na medida em que visavam retirar do saber médico a hegemonia, remetendo a responsabilização das decisões terapêuticas às equipes multidisciplinares formadas por profissionais de diferentes áreas (psicologia, medicina, serviço social, terapia ocupacional, enfermagem, apoio administrativo).

As perspectivas, tanto da Psiquiatria de Setor quanto da Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, reconheciam os determinantes sociais da doença mental, defendendo, em razão deste fato, a importância da comunidade no tratamento e prevenção dos transtornos mentais, negando ao hospital o lugar de centro do sistema de cuidados em saúde mental.

O conceito de loucura, bem como o saber-médico psiquiátrico, ambos associados à prática terapêutica vigente nas instituições psiquiátricas, foram profundamente contestados na década de 60, na Inglaterra, pelo movimento da Antipsiquiatria, fruto de idéias inspiradas na obra de Foucault (1968), assim como em determinadas correntes da sociologia e psiquiatria norte-americanas, na psicanálise e no marxismo.

Uma vez que a loucura era definida como um distúrbio da razão ou alienação mental (PINEL,1795 apud CASTEL,1978), no caso, o indivíduo alienado era, conseqüentemente, considerado incapaz de exercer sua cidadania. Este pensamento determinava que fossem tratados em instituições fechadas, sem autonomia chamadas por Goffman (2005) como instituição total. Segundo o referido autor, em seu livro Manicômios, prisões e conventos a

institucionalização traz reflexos para o indivíduo que sofre gerando a mortificação e alienação do eu, reflexão esta de importante sustentação ao processo de desinstitucionalização e das práticas antimanicomiais norteadoras da antipsiquiatria.

A Antipsiquiatria mostrou-se um movimento contestador e denunciador das condições repressoras da sociedade e das instituições psiquiátricas, assinalando Laing (1982) citado por Amarante (1995) que questionava o conceito médico tradicional de doença mental, introduzindo mudanças significativas no conceito de loucura, lançando assim um novo olhar para sua compreensão:

um fato social, político, e até mesmo, uma experiência positiva de libertação, uma reação a um desequilíbrio familiar, não sendo assim um estado patológico, nem muito menos o louco passível de tratamento; o louco é, portanto, uma vítima da alienação geral, tida como norma, e é segregado por contestar a ordem pública e colocar em evidência a repressão da prática psiquiátrica, devendo, por isso, ser defendido e reabilitado; é a mistificação dessa realidade social alienada que destrói a experiência individual e comportamental, inventando o louco, tido como perigoso e passível de perda de voz (LAING, 1982 apud AMARANTE, 1995, p. 44).

O conceito de esquizofrenia ou loucura, nesta perspectiva, discordando do modelo médico adotado pela psiquiatria tradicional, seria uma vivência do sujeito, fruto de sua relação com o ambiente social próximo, manifesta por uma comunicação contraditória e incoerente, consistindo no reflexo de uma estrutura familiar ambivalente e patogênica. Estas mudanças de paradigmas ensejavam também transformações nas práticas psiquiátricas tradicionais.

Cooper (1972) pensava a Psiquiatria tradicional como uma forma de violência sobre o ser humano, privando-o da liberdade (um direito básico de cidadania) e de sua identidade pessoal, através do internamento psiquiátrico, salientou a partir dessa idéia, ser o saber psiquiátrico, em sua essência, também violento, tendo em vista que o hospital psiquiátrico reproduzia esta violência na medida em que representava uma estrutura social que se assemelhava bastante às peculiaridades enlouquecedoras da família do paciente (regras, jogos, etc).

Nestes termos, o projeto terapêutico da Antipsiquiatria defendia um novo modelo assistencial de comunidade terapêutica, livre de exclusão, baseado em uma crítica radical ao paradigma psiquiátrico, com novos serviços assistenciais de saúde mental que extinguissem o modelo asilar-manicomial.

O movimento da Psiquiatria Democrática, considerado parte da Antipsiquiatria, teve início no fim da década de 60, na Itália, momento em que se questionava o papel cristalizado atribuído ao louco como doente, impedindo a análise do discurso enquanto via de acesso ao sofrimento psíquico do indivíduo. Esta corrente criticou veementemente a forma como a sociedade relacionava-se com as diferenças e, em especial, com a loucura, agindo de modo a pactuar com a rejeição, a exclusão, o isolamento e o estigma da rotulação (diagnóstico definitivo) praticado nos manicômios.

As experiências de Basaglia em Gorizia e Trieste, no ponto de vista de Amarante (2006), iniciaram o processo de transformação dessa lamentável realidade, pois construíram bases sólidas para a viabilização da Reforma Psiquiátrica, determinando a aprovação, na Itália, em 13 de maio de 1978, da Lei 180 ou Lei Basaglia, efetivando assim a extinção do modelo manicomial e a sua substituição por um sistema de atenção psicossocial de base territorial.

O pioneirismo destas experiências colocou em prática as estruturas alternativas para o tratamento dos usuários dos serviços de saúde mental, substituindo os manicômios por uma nova rede de serviços e estratégias capazes de cuidar e lidar, de maneira eficaz, com as pessoas em sofrimento mental (centros de saúde mental, cooperativas de trabalho, ateliês de arte, centros de cultura e lazer, oficinas de geração de renda, residências assistidas). O paciente, ainda que em crise, era acolhido no Centro de Saúde Mental, tendo acesso à medicação, psicoterapia, internação, hospital-dia, intervenção socioassistencial e reabilitação, não se admitindo, em momento algum, a privação da sua liberdade de ir e vir, possibilitando-se, ademais, visitas a qualquer hora.

Outros dispositivos sociais de inclusão foram criados, como as associações de usuários, familiares e voluntários; os projetos de natureza social, política e cultural; tudo isto com o intuito de fornecer uma rede de apoio fortalecedora deste sistema complexo de serviços e estratégias de desinstitucionalização.

É inegável, pois, que a experiência italiana contribuiu decisivamente para a transformação dos modelos de atenção psiquiátrica em todo o mundo ocidental, influenciando

sobremaneira na eclosão do movimento da reforma psiquiátrica e a transformação da política de saúde mental no Brasil.

2.1.3 A evolução da política e do trabalho do profissional de saúde mental no Brasil

No Brasil, conforme já exposto acima, a reforma psiquiátrica vem sendo construída paulatinamente, haja vista tratar-se de um processo político, social e econômico complexo, marcado pela desconstrução de interesses hegemônicos, e transformações de paradigmas científicos e culturais fortemente enraizados nos indivíduos e na sociedade brasileira alicerçados na alienação e exclusão do portador de transtorno mental.

Os movimentos antimanicomiais lutavam por um novo espaço social para a loucura, exigindo-se reformulações no saber psiquiátrico e novas práticas terapêuticas. Portanto, a Reforma Psiquiátrica, indica Amarante (2006), consistiu em muito mais que uma mera mudança de modelo assistencial, tratando-se verdadeiramente de uma nova representação social que implicava na otimização da relação existente entre sociedade e indivíduos em sofrimento mental, fruto de uma reflexão crítica acerca dos conceitos tradicionais da psiquiatria, tais como, a doença mental, a alienação, o isolamento, a terapêutica, a cura, a saúde mental, a normalidade e a anormalidade. Estas mudanças de conceitos e paradigmas conforme Kantorski, Pitiá e Miron (2002) impuseram um repensar sobre o modelo assistencial, o fazer dos trabalhadores de saúde mental e as instituições.

O momento político de extrema repressão e violência motivado pelo regime ditatorial militar, não favorecia os movimentos sociais inclusive àqueles ligados à reforma psiquiátrica. Somente com o processo da democratização da sociedade brasileira desencadeado pelo fim do regime militar e com a luta pelas eleições diretas (final de 70 e início dos anos 80) tornou-se possível o crescimento da mobilização em prol da reforma sanitária e psiquiátrica brasileira.

A partir das décadas de 60 e 70 as práticas psiquiátricas no Brasil sofreram a influência dos pressupostos do preventivismo, influenciadas pelo “movimento sanitário”, o qual visava a uma mudança dos modelos de atenção em saúde com vistas à oferta de uma prática de saúde fundamentada na equidade e integralidade, pautada na garantia dos direitos e da qualidade das práticas assistenciais.

Portanto, embora influenciada pela reforma sanitária, a transformação do modelo de assistência em saúde mental veio estruturar-se como um processo individualizado, com história própria, marcado por uma mudança radical da política dos serviços de saúde mental norteada por uma nova concepção científica e por uma abordagem psicossocial da doença mental.

Esta nova abordagem baseada em novos conceitos sobre a doença mental que propunha o processo da desinstitucionalização no Brasil sofreu grande influência das idéias Basaglianas que propunham uma ruptura radical, a negação da instituição psiquiátrica que se caracterizava por uma instituição de violência que devia ser negada; “a alternativa seria a criação de uma instituição reinventada ou seja a criação de novas formas de lidar com a pessoa que se encontrava em profundo sofrimento psíquico” (ROTELLI,1990 apud MELO, 2007, p.09).

Há que se colocar no âmbito da discussão, que no Brasil a antipsiquiatria deslocou o problema para a questão da saúde mental e para ações comunitárias (LANE,1996); assim surgiu a psicologia social comunitária, uma prática voltada à prevenção da saúde mental e à educação popular como instrumento de conscientização da população, voltando-se as intervenções em saúde mental para ações preventivas. Foram criados, na década de 70, centros comunitários de saúde mental numa tentativa de superar os clássicos hospitais psiquiátricos. Porém, estas mudanças ainda eram incipientes, embora já ansiasse por transformações rumo a uma nova filosofia assistencial com novos dispositivos terapêuticos baseados no princípio da não-exclusão e do respeito à pessoa humana.

Estas idéias já se refletiam nas esferas estruturais, quando ocorria a mudança de denominação do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), para Divisão Nacional de Saúde Mental (DNSM), denotando a tendência dos postulados da Psiquiatria Preventiva nos vários planos de saúde mental anteriores ao movimento da reforma psiquiátrica. O manual de assistência psiquiátrica, teve como mentor Cerqueira (1973) citado por Amarante (2003) como um dos mais importantes críticos do modelo manicomial. Ambos os manuais, o antigo e o novo enfatizaram a importância da assistência extra-hospitalar, da readaptação do doente e do trabalho em equipes multidisciplinares, exercendo assim grande influência no pensamento crítico nacional e no campo ideológico público no setor de saúde mental, muito embora sua aplicação não tenha sido efetivada em razão da falta de recursos da Previdência Social, os

quais se destinavam, quase que em sua totalidade, para a compra de serviços privados hospitalares.

Em 1977, durante a VI Conferência Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde instituiu o Plano Integrado de Saúde Mental (PISAM), também de caráter preventivista, em boa parte do território nacional. Este plano visava à qualificação de médicos generalistas e de auxiliares de saúde, objetivando o atendimento em nível primário nos centros de saúde. Apesar da boa intenção do plano, os resultados alcançados não produziram impactos significativos na resolução dos problemas no âmbito da saúde mental, pelo que sua desativação veio a realizar-se em curto período de tempo, consoante leciona Amarante (2003).

Este movimento de desinstitucionalização surgiu em momento histórico de profundas crises nos hospitais da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), um período de revolta dos trabalhadores de saúde mental (MTSM) frente às suas condições precárias de trabalho, vítimas do modelo gestor de saúde então vigente com impactos nas práticas e no tratamento desumano ofertado aos doentes mentais nas instituições psiquiátricas.

Denunciava-se, neste episódio, segundo o Ministério da Saúde e sua Política de Saúde Mental (BRASIL, 2005), a política privatizante de saúde, a mercantilização da loucura, os maus tratos e a violência presentes nos manicômios, a hegemonia de uma rede de assistência, o modelo hospitalocêntrico falido e a situação crítica em que se encontrava a saúde no Brasil.

Reitera-se que o movimento antimanicomial consolidou-se no Brasil tendo como referência a Lei Basaglia Italiana com a proposta de um enfoque de assistência a partir da reformulação do saber psiquiátrico, priorizando a promoção da saúde mental e a reabilitação psicossocial dos usuários, bem como a reconstrução de sua cidadania e autonomia. Em meio a todas as insatisfações expostas, veio ao Rio de Janeiro o representante do movimento da Psiquiatria Democrática Italiana, a fim de participar do I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições. Amarante (2006) comenta que a presença do respeitado estudioso veio disseminar as idéias antimanicomiais que o mesmo defendia, fortalecendo o MTSM, ávido por reivindicações trabalhistas e reformulações dos serviços de assistência psiquiátrica.

No I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em São Paulo (1979) discutiram-se problemas como a falta de uma política de saúde mental nacional mais ampla e

o papel que os profissionais deveriam desempenhar para a transformação da realidade institucional.

A seguir, no II Congresso do MTSM (1987), em Bauru (SP), trabalhadores, usuários e familiares realizaram nova análise da clínica psiquiátrica e suas bases, reconstruindo a relação da sociedade com o louco e com a loucura. Adotaram o lema: “Por uma Sociedade sem Manicômios”; enfatizando a necessidade do envolvimento da sociedade na discussão de questões relacionadas à doença mental e à assistência psiquiátrica, instituindo-se o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Não obstante, foram estabelecidas, naquele momento, as primeiras propostas de reestruturação da assistência e operacionalização das diretrizes da Reforma Psiquiátrica no Brasil, ideais consolidados na realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro (1987), a qual trouxe a proposta de priorização de investimentos nos serviços extra-hospitalares e multiprofissionais como um dos debates da pauta discutida, combatendo assim a tendência hospitalocêntrica.

Ressalte-se, por oportuno, que o momento acima retratado mostrou-se propício à produção legislativa de vários Estados, no sentido de proceder a desinstitucionalização da saúde mental. Neste cenário, ocorreram diversas intervenções em clínicas e hospitais psiquiátricos denunciados por maus-tratos, morte, abandono, superlotação e violência. Em meio a este contexto, a Constituição Federal de 1988 criou o SUS (Sistema Único de Saúde), responsável pelo estabelecimento dos princípios de universalidade, integralidade e igualdade de assistência, imprimindo ao campo de saúde mental o entendimento da saúde-doença como um processo social e, conseqüentemente, propondo um modelo de atenção em saúde concretizado em práticas assistenciais extra-hospitalares.

Neste período foi criado o primeiro CAPS, Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz Cerqueira, na cidade de São Paulo (1987), dando início à implantação de: Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), abertos 24 horas por dia; cooperativas de trabalho; residências para os egressos do hospital; e diversos projetos e associações culturais de inserção social. Com isto, fortificava-se o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira e a transformação do modelo que, conforme leciona Amarante (2006), transformou-se em prática política e social, mesmo antes de tornar-se lei.

O início da luta do movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, nos campos legislativos e normativos, ocorreu com o Projeto de Lei 3.657 (BRASIL, 1989), de autoria do deputado Paulo Delgado, ficando conhecido, posteriormente, como a “Lei da Reforma Psiquiátrica”, defendendo a diminuição dos leitos psiquiátricos e sua substituição gradual por novos dispositivos de tratamento, impedindo a construção de novos hospitais além de regulamentar a internação involuntária. Essa lei aprovada em 2001, foi segundo o próprio autor da mesma, baseada em trabalhos anteriores de pessoas como Nise da Silveira que começou a Reforma Psiquiátrica há mais de 40 anos na Casa das Palmeiras (MELO. 2007).

A partir do ano de 1991 delineou-se a regulamentação da Política Nacional de Saúde Mental através das portarias 189/91 (BRASIL,1991) e 224/92 (BRASIL, 1992) do Ministério da Saúde, as quais estabeleciam diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental (serviços baseados nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações multiprofissionais e intersetoriais) alinhadas aos princípios da reforma (integração do doente mental na comunidade, incentivando-se o lazer assistido e o trabalho protegido). Ressalta-se ainda a regulamentação da implantação de serviços de diária fundados nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e hospitais-dia, assim como a elaboração de normas de fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

A II Conferência de Saúde Mental realizada em Brasília, em meados de dezembro de 1992, representou um marco na reforma psiquiátrica brasileira, reafirmando e renovando o compromisso com os princípios e as diretrizes basilares do movimento, seguindo a linha da desinstitucionalização e da luta antimanicomial como discorre Amarante (1995).

Importante reafirmar que somente no ano de 2001 a Lei 10.216 de autoria do deputado Paulo Delgado (BRASIL, 2001) foi sancionada, um substitutivo do projeto de lei original, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando a assistência em saúde mental e privilegiando o oferecimento de tratamento com base comunitária, nos moldes do hospital-dia, tais como o CAPS e outros serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. O controle das internações involuntárias passou a ser efetuado pelo Ministério Público, com a exigência de notificar-se a instituição em até 72 horas a contar da ocorrência.

No contexto da promulgação da Lei Federal 10.216 em 2001 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, consolidou-se a reforma psiquiátrica como uma política de governo. Destarte, o Ministério da saúde priorizou recursos através das portarias acima mencionadas (189/91 a 224/92), para que o Sistema Único de Saúde (SUS) pudesse financiar equipamentos substitutivos ao hospital psiquiátrico (serviços abertos e comunitários, criação de programas de suporte social, como o Programa de Volta para Casa).

Ações federais, estaduais e municipais passaram a ser integradas, conjuntamente, com movimentos sociais compostos por usuários, familiares e trabalhadores de saúde, o que resultou em uma articulação necessária e em um consenso quanto à direção do movimento, em conformidade com os preceitos da reforma.

Foi conferido aos CAPS, aliado a uma política progressiva, um valor estratégico no processo de desinstitucionalização, quando então se priorizava a construção de uma rede de serviços substitutivos aos hospitais, ao lado da redução de leitos e do tempo de internação; da implantação de residências terapêuticas e ambulatoriais; da instituição do Programa de Volta para Casa; e da criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais.

Como instrumento de gestão estratégica da política de desinstitucionalização, atuando de maneira a permitir uma assistência hospitalar psiquiátrica de qualidade compatível com a política do SUS, a Política de Saúde Mental no Brasil (BRASIL, 2005) veio determinar a obrigatoriedade de uma avaliação sistemática e anual dos hospitais psiquiátricos (PNASH/Psiquiatria), segundo aspectos como estrutura do hospital, dinâmica de funcionamento dos fluxos hospitalares, processos e recursos terapêuticos da instituição, dentre outros, aspectos que, avaliados, permitiriam classificar as instituições em quatro níveis de qualidade de assistência, podendo, em razão do resultado obtido, sofrer o descredenciamento perante o SUS. Ademais, o incentivo à redução de leitos mostrava-se claro e evidente no fato do pagamento de melhores diárias para os hospitais, reduzindo seu porte e, por conseguinte, aumentando a qualidade do atendimento prestado.

Mostra-se relevante enfatizar que, no Brasil, a condução do processo de Reforma Psiquiátrica vem sendo realizada de forma singular, tanto pelos Estados quanto pelos Municípios. Particularmente no Ceará, o esforço quanto à reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica representa uma constante. O mencionado estado dispõe da Lei 12.151

do Deputado Estadual Mário Mamede (CEARÁ, 1993), que impede a construção de hospitais psiquiátricos, regulamenta a desativação progressiva dos já existentes e impede a criação de novos leitos nestes hospitais psiquiátricos, estimulando desta forma a substituição do sistema hospitalocêntrico por uma rede extra-hospitalar de assistência.

A Política de Saúde Mental do Ceará segue as mesmas diretrizes da política de saúde mental do país, atendendo aos princípios do SUS e viabilizando o processo de municipalização do sistema de saúde. O Ministério da Saúde segundo a Portaria 2023/GM (BRASIL, 2004) estabelece como competência dos Municípios, com a cooperação técnica e o financiamento da União e do Estado, a organização e a execução das ações de atenção básica em saúde mental. Em Fortaleza, a atual gestão de saúde mental do Município é exercida por uma coordenação colegiada encarregada de estruturar a Política de Saúde Mental do Município em torno dos seguintes eixos organizativos:

- a) organização de uma ampla rede de serviços abertos, regionalizados, desenvolvendo ações de saúde mental que incluem desde a atenção básica até os hospitais gerais, em parceria com a sociedade civil organizada;
- b) organização, apoio e incentivo aos projetos de geração de renda, à cooperativas e à economia solidária, promovendo, desta feita, a inclusão social;
- c) organização, apoio e incentivo de espaços intermediários entre a comunidade e os serviços, incumbidos de dar suporte a questões psicossociais inerentes à população (CEARÁ, 2005).

A Coordenação Municipal de Saúde Mental de Fortaleza orienta-se pelos princípios da Política Nacional de Saúde Mental, reafirmando o compromisso em reduzir de forma progressiva e gradual os leitos em hospitais psiquiátricos e garantir a assistência aos pacientes egressos dos hospitais, através da criação e sustentação de uma rede extra-hospitalar e, ainda, promovendo a defesa dos direitos humanos dos pacientes e familiares.

O movimento da reforma psiquiátrica no Ceará ocorreu inicialmente no interior, sendo implantados CAPS, inicialmente, nos municípios de Iguatu (22/11/91), Canindé (14/08/1993), Quixadá (13/12/1993), Icó (10/03/1995) e Cascavel (05/05/1995). Entretanto, Fortaleza, acredita Sampaio e Santos (1996, p.130), vem sendo considerada como um “bastão de resistência à reforma psiquiátrica, sobretudo por causa da concentração de hospitais psiquiátricos, o poder do velho impedindo o surgimento do novo”.

Mesmo assim, a atual Prefeitura de Fortaleza tem conseguido um grande avanço no campo de assistência comunitária em saúde mental. Em 2005, existiam na cidade de Fortaleza apenas três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e sete hospitais psiquiátricos. Atualmente, o Município dispõe de 14 (catorze) CAPS, destacando-se assim a vitória da municipalização do serviço em saúde mental. Ademais, o município vem se preocupando em desenvolver uma rede assistencial municipal de suporte criando Serviços de Residências Terapêuticas voltados para os ex-moradores de hospitais psiquiátricos; um Serviço Hospitalar de Referência em Álcool e Drogas (SHR-AD); um Albergue Terapêutico; e, além destes, um Centro de Convivência e Cultura.

Em termos de rendimento, o número total de atendimentos realizados pelos CAPS e pelas equipes de saúde mental no ano de 2006 foi de 160.396 (cento e sessenta mil, trezentos e noventa e seis), dados oferecidos pela Coordenação de Saúde Mental de Fortaleza (CEARÁ, 2007) incluindo visitas domiciliares e atendimentos individuais e em grupo. Nesta perspectiva, é evidente que a implementação da rede de assistência de saúde mental em Fortaleza, apesar das dificuldades, vem se realizando com todo empenho, delineando-se novos rumos à saúde mental do Estado.

A Reforma Psiquiátrica no Ceará e no Brasil mostra-se uma realidade, cabendo ao profissional de saúde mental o papel decisivo da implementação do serviço de assistência psicossocial, em substituição ao modelo assistencial hospitalocêntrico, baseado no paradigma médico causal-organicista dominante. Este trabalhador vê-se obrigado a enfrentar diversos obstáculos decorrentes de determinantes sociais, políticos e econômicos que insistem em perpetuar uma prática que não mais se adequa à realidade da política de saúde mental adotada no Brasil hodiernamente.

Advêm, portanto, deste quadro de transição inúmeras resistências por parte das grandes instituições asilares (indústria da loucura), dos familiares e da sociedade como um todo, os quais insistem em adotar atitudes preconceituosas e excludentes frutos da construção histórica de um conceito de loucura permeado por noções de periculosidade e exclusão, cujo tratamento ideal consistia na institucionalização e no isolamento social associado à terapia medicamentosa.

Os próprios profissionais de saúde mental têm sofrido em sua formação a influência do modelo médico, psicopatológico e manicomial antes vigente, pelo que vêm apresentando dificuldades em trabalhar nos moldes da nova filosofia assistencial. No entanto, mesmo que possuidores de uma formação inadequada, os profissionais têm a tarefa mais difícil e árdua do processo, ou seja a grande responsabilidade de provocar mudanças nos níveis social, institucional e individual.

Social, quando impõe reflexões junto aos diversos setores da sociedade civil, com o intuito de criar no imaginário social um novo lugar para a representação da doença mental e de seu portador; Institucional, quando compreende a necessidade de integrar as instituições e de estabelecer parcerias inter-setoriais na tentativa de permitir a sustentabilidade dos atuais modelos assistenciais, favorecendo também à comunicação entre os diversos setores e serviços, promovendo uma cultura assistencial de saúde mental permeada por uma maior integração entre os profissionais e propícia às mudanças qualitativas nas relações profissionais com os clientes; e, finalmente, Individual, quando o profissional percebe, de modo diferente, seu objeto de trabalho bem como seu papel de sujeito ator no processo terapêutico (NASCIUTTI, 2002).

Inserido nesta transição paradigmática, o profissional depara-se com inúmeras contradições que envolvem os diversos atores envolvidos neste processo, sem falar na falta de consenso entre estes, o que ocasiona, indubitavelmente, a descontinuidade de ações administrativas e políticas, dificultando ainda mais o processo de mudança, assim como a organização e a estruturação dos serviços alternativos e substitutivos aos manicômios.

Os desafios e impasses vivenciados por estes profissionais na transformação do modelo manicomial para o modelo alternativo aberto e participativo (CAPS, residências terapêuticas, cooperativas de trabalho, etc.), impõem uma mudança de mentalidade e atitudes destes trabalhadores em direção ao compromisso social, levando a reconstrução da subjetividade e a uma nova representação social, desenvolvendo por conseguinte uma nova percepção de si enquanto profissionais.

Não há espaço no contexto atual de saúde mental para o desinteresse e a falta de compromisso do profissional, para o agir mecanizado e burocratizado comprometedores da qualidade e da humanização das práticas de saúde, impedindo o acolhimento, e o

estabelecimento do vínculo terapêutico do usuário com os profissionais e o serviço. Sendo um processo intercessor, o acolhimento caracterizado pela escuta qualificada e olhar atento do profissional torna-se práxis indispensável para a construção da responsabilização e vínculo nos serviços de saúde mental.

Entende-se que o fortalecimento do vínculo entre usuário e serviço, após o acolhimento, só se concretiza quando há uma responsabilização quanto ao sofrimento do usuário por parte do profissional e de toda a equipe do Centro de Atenção Psicossocial, através do estabelecimento de uma relação entre profissionais *versus* usuários, profissionais *versus* familiares, profissionais *versus* comunidade marcada pela dialogicidade, reciprocidade e compreensão empática psicossocial.

O referido processo terapêutico marcado pela dialogicidade, inerente aos serviços comunitários de atenção psicossocial, somente será construído, de acordo com Valentini e Vicente (1996), quando se substituir o modelo do dano de interpretação dos problemas da perspectiva manicomial, fundamentado na psicopatologia, na doença e desesperança pelo modelo da perspectiva de reabilitação psicossocial (modelo de desafio), o qual implica um olhar de esperança e reconhecimento de possibilidades de enfrentamento compartilhado por todos os profissionais.

Faz-se necessário enfatizar, na visão de Saraceno (1996), que a assistência em saúde mental, na perspectiva psicossocial, tem a construção da plena cidadania do usuário, o foco de sua abordagem, mobilizando todos os atores do processo de saúde-doença (usuários, famílias dos usuários e toda a comunidade) a participarem do processo de reabilitação psicossocial.

Nesta perspectiva, mostra-se importante explicitar a definição de reabilitação psicossocial, segundo a Organização Mundial de Saúde, a qual é citada por Pitta (1996, p.21) como “um conjunto de atividades e práticas capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos prejudiciais da cronificação das doenças através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários”.

Nesta linha de raciocínio, os propósitos reabilitadores a serem implementados pelos profissionais de saúde mental devem atuar de modo a criar uma rede de apoio ao usuário, articulando, diversificando e integrando diferentes *settings* e dispositivos terapêuticos (CAPS,

cooperativas de trabalho, moradias assistidas, ateliês terapêuticos, associações, ONGS, dentre outros), modificando os procedimentos terapêuticos, antes baseados exclusivamente no internamento e no tratamento medicamentoso.

Nasciutti (2002) propõe uma prática preocupada em propiciar o lugar psicossocial do cliente portador de sofrimento psíquico grave, pois somente este espaço será capaz de possibilitar sua reinserção social e familiar, fortalecendo sua cidadania. O trabalho terapêutico, nesta nova perspectiva psicossocial, consiste segundo Goldberg (1996) em tratar e reabilitar como perspectivas indissociáveis, pelo que há que se incentivar o desenvolvimento da autonomia do usuário no exercício de suas funções sociais (casa, trabalho e comunidade), condição esta indispensável para o resgate de seu poder contratual capaz de modificar sua qualidade de vida.

Esta contratualidade apenas será possível quando os profissionais e os familiares estabelecerem uma relação potencializadora de experimentações e mediações com o usuário, visando ampliar a participação efetiva do mesmo no intercâmbio social. Esta atitude consiste em “emprestar poder contratual, isto é utilizar o prestígio, a delegação social, o saber reconhecido pela sociedade aos profissionais para possibilitar relações e experiências renovadas ao portador de sofrimento psíquico” (KINOSHITA, 1996, p. 99).

Diante disto, conclui-se que a crescente autonomia dos sujeitos deve balizar o projeto terapêutico da equipe de profissionais, a fim de que o indivíduo possa cuidar de si. Nesse sentido, Kinoshita (1996) versa sobre autonomia como a ampliação da capacidade de reordenamento constante da própria vida, dadas as mais diversas circunstâncias em jogo, não devendo ser confundida com auto-suficiência ou independência.

O profissional de saúde mental da contemporaneidade deve então buscar soluções não tecnicistas e não medicalizadas, deixando de lado a institucionalização como única forma de tratamento. Portanto, o projeto terapêutico deverá pautar-se em ações interdisciplinares, intersetoriais e interinstitucionais capazes de prover a atenção psicossocial com foco na integralidade do cuidado. Porém, face à complexidade que envolve a intervenção para a produção desta integralidade, mostra-se evidente que um único profissional, ainda que dotado de saber especializado e técnico necessário, não será capaz de implementar a nova prática, agora coerente com a reforma psiquiátrica.

Para a superação deste desafio, é necessária uma plataforma de trabalho conjunto, com conceitos e princípios fundamentais comuns, além de profissionais interessados na busca por uma aprendizagem mútua, com base na recombinação e complementaridade de saberes (não só a adição, troca ou justaposição de saberes), uma vez que a tarefa que lhes compete transcende, em muito, os limites disciplinares até então conhecidos, consoante ratifica Almeida Filho (1997).

Constata-se, portanto, que este processo de trabalho possui a interdisciplinaridade por seu principal instrumento ou técnica de trabalho. A interdisciplinaridade tornou-se um dos princípios da Reforma Brasileira de Saúde, conforme dispõe a Portaria 224 (BRASIL, 1992) da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, a qual veio estabelecer os tipos de atendimento em saúde mental, assim como a determinação da diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de assistência, além de dar ênfase aos recursos humanos e à necessidade da composição de uma equipe multidisciplinar.

Esta equipe, conforme enuncia Oliveira (2001), teria o objetivo de modificar a prática conservadora, fragmentada e cristalizada dos papéis dos profissionais de cada especialidade, característica das experiências intramurais, em direção a uma prática profissional regida pela complementaridade e pela reciprocidade de natureza aplicada e participativa com a comunidade.

A preocupação com a interação democrática permanente entre diferentes saberes, práticas, interesses e necessidades deve permear a construção da proposta interdisciplinar, permitindo a instauração de uma prática dialógica aliada às necessidades sociais vigentes, produzindo conhecimentos e relações humanas solidárias permeadas pela visão holística, condição para alcançar a resolutividade no trabalho psicossocial em saúde mental.

No entanto, os obstáculos que a interdisciplinaridade encontra no campo da saúde mental são diversos, decorrentes, principalmente, da forte tradição positivista e organicista na abordagem dos problemas de saúde, determinando uma formação fragmentada dos profissionais da área e, conseqüentemente, trazendo grandes prejuízos à abordagem integral dos processos saúde-doença, com impacto também na articulação entre as diversas especialidades sociais e biomédicas.

Esta tradição confere ao saber médico um poder desmedido, reproduzindo, nas atividades dos serviços substitutivos inovadores, a defasada hegemonia do discurso médico-psiquiátrico e do modelo ambulatorial de atendimento. Contra esta hegemonia do saber médico insurge-se a interdisciplinaridade somente possível com uma educação transformadora segundo Behrens (2006):

a educação nos diversos níveis tem papel essencial neste processo paradigmático transformador - a mudança depende de uma nova visão de homem, de sociedade e de mundo e a formação deve envolver a construção para a cidadania, para a responsabilidade social e a intervenção consciente no universo; o processo de transformação tem a finalidade de formar cidadão/ profissionais para atuar no século XXI com uma nova leitura de mundo advindo da visão sistêmica e complexa do universo (BEHRENS, 2006, p. 18).

O autor citado acima, sugere um repensar das práticas pedagógicas aplicadas à educação superior voltada para as especialidades de saúde, pois a formação do profissional de saúde mental deve, necessariamente, contemplar a construção de uma prática com visão de totalidade, visão de rede, visão de sistemas integrados, visão de relatividade e movimento, visão de cidadania e ética.

Dimenstein (2001) pontua uma mudança no perfil profissional das categorias envolvidas com o trabalho de saúde mental, tendo em vista a exigência de uma nova postura do trabalhador, uma nova concepção de prática profissional, prática esta que não se resume exclusivamente à esfera clínica, demandando, outrossim, um compromisso profissional, político e social associado ao processo de cidadanização e de constituição de sujeitos mais autônomos e conscientes de suas dificuldades, visando assim à construção de uma sociedade mais justa e humana.

Em outras palavras os serviços de saúde mental buscam profissionais-cidadãos, com possibilidade de intervenção adequada nos espaços territoriais comunitários locais, com um alto grau de articulação intersetorial, de mobilização de parcerias e de habilidades interdisciplinares indispensáveis aos profissionais de saúde mental nesta perspectiva psicossocial.

Assim, o papel designado ao profissional de saúde mental, inserido neste novo panorama, não se restringe ao lugar técnico que ocupa a sua profissão e sua especialidade,

mas a promoção de saúde mental coletiva voltando-se o cuidar para uma diversidade e multiplicidade de ações sociais, clínicas e políticas inerentes às diversas especialidades.

Isto significa uma nova postura profissional que vai além de procedimentos técnicos e isolados, requisitando uma assistência mais complexa que, na perspectiva de Yasui (2006) citado por Zanetti (2006, p. 07), “é a possibilidade da tessitura, da trama, de um cuidado que não se faz em apenas um só lugar, mas é tecido em uma ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores”.

A Prefeitura de Santo André (SP) mostra como o profissional pode desenvolver esta rede de cuidados através de um projeto integrado:

em lugar de um único espaço confinado (manicômio) múltiplos lugares espalhados pelo território; em lugar da atenção centrada na doença e nos seus impedimentos (Psiquiatria Clássica), uma atenção mais integral baseada na promoção da saúde, no acolhimento, na construção de sentidos e sustentabilidade dos indivíduos acometidos de sofrimento mental na comunidade; em lugar da hierarquia centrada no poder médico (medicalização), a implantação de equipes multidisciplinares que sejam ao mesmo tempo, continentes do sofrimento mental e instrumentos de socialização e inclusão dos indivíduos em grave sofrimento psíquico; em lugar da anulação de direitos, o controle social, o estímulo à participação comunitária, à construção de uma pedagogia cidadã, que insere no conceito de saúde os aspectos relativos aos direitos dos usuários como parte integrante do processo de tratamento; somente um projeto integrado, um grande esforço conjunto, interinstitucional por todo o território municipal promoverá a inclusão destes indivíduos em desvantagem social com grande dificuldade de acesso aos bens e serviços público (SÃO PAULO, 2007).

Enfim, o novo serviço de assistência em saúde mental desenvolvido nos Centros de Atenção Psicossociais tem, então, como proposta a prática multiprofissional interdisciplinar capaz de consolidar um trabalho em equipe, norteado por um propósito assistencial comum: a reabilitação social do usuário através de multiplicidade de ações individuais, comunitárias e intersetoriais articuladas, diversificando as possibilidades de atendimento ao usuário, ampliando sua qualidade de vida através do oferecimento de uma rede de apoio social cidadã que amplie e respeite seus direitos enquanto pessoas diferentes, portadoras de transtornos mentais, mas, acima de tudo, seres humanos.

Para a construção efetiva deste projeto integrado e de equipe nos CAPS, Campos e Domitti (2007) asseveram que é necessário não só novos profissionais, mas uma gestão em saúde que propicie um apoio matricial que contribua com intervenções, aumentando assim a capacidade e autonomia dos profissionais de desenvolver um espaço de compartilhamento de

saberes, de comunicação ativa e de consenso nas soluções de problemas, com a possibilidade de construção de um projeto terapêutico pautado em estratégias que contemplem as diferentes dimensões do existir e a integralidade do ser. Com base nesta argumentação, na visão destes autores, isto só será possível através da interdisciplinaridade e intersetorialidade.

Assim, o foco da reabilitação psicossocial deixou de ser a cura, rompendo-se com o modelo psiquiátrico tradicional, passando-se a priorizar a transformação do lugar social dado ao louco e à loucura. Urge neste cenário, a exigência de profissionais comprometidos com uma reconstrução social e devidamente habilitados a desenvolver uma nova metodologia de trabalho capaz de lidar com a complexidade inerente à saúde mental e coletiva, seu objeto de trabalho.

Insurgiu-se neste cenário um novo dispositivo institucional, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), fruto desta evolução das práticas em saúde mental, e considerado o dispositivo terapêutico chefe do novo modelo de atenção psicossocial. Inserido neste novo contexto de trabalho, o profissional possui como desafio o cuidar, somente viável na presença de múltiplas relações de cumplicidade e confiança estabelecidas entre o usuário e a equipe de profissionais do serviço.

2.1.4 O Centro de Atenção Psicossocial: conceito, características e estrutura do serviço

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um novo equipamento institucional de atendimento em saúde mental integrante da rede de atenção à saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS), substitutivo ao modelo hospitalocêntrico, de fundamental importância para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Possui papel estratégico, articulador e organizador da rede de atenção às pessoas portadoras de transtornos mentais nos Municípios onde atua, possibilitando a reabilitação psicossocial e o resgate da cidadania dos doentes mentais através de suas ações intersetoriais, seguindo as diretrizes e os objetivos da Reforma Psiquiátrica: desinstitucionalização, desospitalização e garantia dos direitos humanos.

Constitui um serviço extra-hospitalar de assistência em saúde mental destinado ao atendimento interdisciplinar e à integração de pessoas portadoras de transtornos mentais na

comunidade, caracterizando-se por uma prática interdisciplinar, assistencial, preventiva, individual e coletiva. Atua por intermédio de uma equipe de profissionais de saúde mental composta por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos e artistas, sujeitos que assumem o grande desafio de desenvolver uma ação terapêutica fundamentada na abordagem psicossocial de modo a oferecer condições terapêuticas inexistentes nas instituições hospitalares e ambulatórios psiquiátricos (acolhimento, flexibilidade no atendimento e acompanhamento, atividades terapêuticas diversificadas, suporte social e familiar).

O Ministério de Saúde, segundo a Portaria 224/ SNAS, define o Centro de Atenção como:

um serviço de saúde mental regionalizado que prestam cuidados intermediários entre o ambulatório e a internação, em turnos de 4, 8 ou 24 horas diárias; devem atender a clientela adstrita à sua localização e devem estar integrados a uma rede de cuidados de saúde mental para garantir a referência e contra-referência de casos de distintas complexidades; devem prestar atendimento medicamentoso, psicoterápico, grupal, atendimento em oficinas terapêuticas, atividades socioterápicas, visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias, enfocando a integração do paciente ao seu meio social (BRASIL, 1992).

Portanto, caracteriza-se por fazer parte de um modelo de rede de atenção em saúde mental assistencial comunitária, organizado em conformidade com os princípios do SUS e sob a estrita observância dos direitos da pessoa portadora de transtorno mental assegurados pela Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001).

Neste contexto, as portarias 189/91 (BRASIL,1991) e 224/92 (BRASIL, 1992) constituem as diretrizes e normas que visam compatibilizar os procedimentos das ações de saúde mental com o atual modelo assistencial de atenção psicossocial proposto: acesso universal e serviços regionalizados, diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial, garantia da continuidade da atenção nos vários níveis, equipes multiprofissionais, ênfase na participação social desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução, territorialização da demanda, municipalização plena e responsabilização sobre o território. A implementação das portarias supracitadas somente ocorrerá através do controle e avaliação dos serviços prestados.

A reabilitação psicossocial incumbida aos CAPS torna-se viável com a construção de uma rede comunitária de assistência. Sem esta rede, o equipamento não poderá desenvolver sua função estratégica de articular as forças de atenção em saúde e da comunidade. Cumpre ao Estado otimizar os recursos financeiros obtidos, visando, segundo Cardoso e Seminotti (2006), a formação de um sistema complexo de promoção da vida comunitária e de incentivo à autonomia de seus usuários, evitando, destarte, a mera substituição de um modelo centralizador por outro.

A construção desta rede substitutiva de atenção psicossocial envolve também o investimento, por parte do Município, em serviços comunitários, verdadeiros suportes em atenção psicossocial aliados ao serviço prestados pelos CAPS (residências terapêuticas, serviços comunitários de inserção no mercado de trabalho, serviços comunitários de inclusão cultural, arte e expressão, dentre outros). Refere ainda Coimbra (2007) que, para a inserção do usuário no núcleo familiar, na comunidade e no trabalho (reabilitação psicossocial) torna-se uma realidade indispensável à integração das ações entre os serviços da rede de atenção básica e os Centros de Atenção Psicossocial, ambulatórios de saúde mental, unidades de emergências psiquiátricas, serviços para internação breve e de longa permanência e a estratégia de saúde da família.

O CAPS, por sua acessibilidade local, torna-se o eixo da reestruturação do atendimento em saúde mental em dado território (organização da rede substitutiva), servindo à integração dos sistemas primários e secundários de atenção e, ainda, aos sistemas de política social (famílias, cooperativas, associações, instituições jurídicas, sociais e educacionais). Dessa forma, o Ministério da Saúde com sua Política de Saúde Mental no Brasil (2005) versa sobre a viabilização desta articulação ampla dos recursos oferecidos pelo território, com a tarefa de promover a reinserção social de pessoas com transtornos mentais:

trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental; não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns (BRASIL, 2005)

As unidades proporcionam serviços interdisciplinares comunitários de atenção diária extra-hospitalar e humanista para pessoas que sofrem com transtornos severos dentro de cada

território de abrangência, encaminhados de outros serviços de saúde (egressos ou não de internações dos serviços de urgência psiquiátrica). O ingresso no serviço dá-se através de encaminhamento (referência) seguido de triagem, verificando-se a necessidade ou não do cuidado específico (projeto terapêutico) ou reencaminhamento (contra-referência). Respeitando a particularidade de cada sujeito, procura-se articular recursos de natureza clínica (incluindo medicamentos) e de natureza social (intervenções familiares, de moradia e de trabalho), comprometendo-se com programas de reabilitação psicossocial que busquem minimizar o estigma e promovam a qualidade de vida e a inclusão social.

A conduta terapêutica dos profissionais de saúde mental, em sua práxis cotidiana no CAPS, reforçam Silveira e Vieira (2005) deve seguir as diretrizes de universalização, territorialização e integralidade das ações e do acesso aos serviços de saúde mental aliadas aos conceitos de acolhimento, de escuta qualificada, responsabilização e no vínculo entre o profissional, o usuário e a comunidade. Contudo, as ações destes trabalhadores devem pautar-se nas necessidades e problemas de saúde da comunidade, não mais em soluções tecnicistas, medicalizadas e institucionalizadas, de modo a superar o modelo assistencial manicomial e as concepções teóricas reducionistas, ambulatoriais vigentes ainda em muitos serviços de saúde mental da atualidade.

Por isso, o ato de cuidar, nestes serviços, exige dos profissionais uma postura técnico-política, visando uma mobilização constante das pessoas e famílias (comunidade) com a finalidade de construir, em conjunto, uma melhor qualidade de vida e um novo espaço social para os usuários (CABRAL, 2001 apud COIMBRA, 2007). Neste sentido, a psicoterapia e as intervenções praticadas no CAPS, discutem Vieira filho e Nóbrega (2004), voltam-se para a prática de intervenções psicossociais baseadas em uma dinâmica de colaboração solidária entre profissionais, usuários e comunidade (fortalecimento das redes significativas do usuário), dentro de um contexto de políticas públicas cujo objetivo consiste na construção de uma rede de apoio ao usuário, tencionando o não abandono e a não exclusão social do mesmo.

A Portaria nº 336 do Ministério da Saúde (BRASIL 2002) prevê três modalidades de Centros de Atenção Psicossocial, CAPS I, CAPS II e CAPS III, cuja classificação foi feita por ordem crescente de porte/ complexidade e pela abrangência populacional, embora todos possuam a mesma função no atendimento público aos portadores de transtornos mentais

severos, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo.

De acordo com esta portaria, as unidades se distinguem, principalmente, por suas diferentes características populacionais, como também por aspectos funcionais, de atividades e de recursos humanos, descritos resumidamente no anexo D. Existem ainda os chamados “CAPS i” e “CAPS ad”. Os primeiros desenvolvem atividades diárias em saúde mental voltadas para crianças e adolescentes com transtornos mentais, enquanto os segundos prestam assistência a adultos e crianças portadores de transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (drogas).

2.2 O sofrimento psíquico no trabalho

2.2.1 A inter-relação trabalho e saúde: a evolução das principais linhas de pesquisa no campo da saúde mental e do trabalho

Durante muito tempo, o trabalho foi desconsiderado como fator constituinte no processo da formação do sujeito. Inclusive na clínica, as dimensões profissionais e do trabalho não possuíam quaisquer implicações no diagnóstico do paciente ou mesmo na intervenção terapêutica a ser aplicada. O desconhecimento quanto a real importância do trabalho nos processos de sofrimento psíquico e sua não vinculação com a saúde mental do trabalhador mostrava-se evidente. Isto porque cientistas e especialistas levaram certo tempo para chegar a compreender o trabalho como uma atividade indispensável à saúde do ser humano, capaz de interferir não somente de forma positiva, mas também de maneira negativa, prejudicial ao indivíduo (patologia do desemprego, o trabalho como causa de doenças, de intoxicações, de acidentes, de desgastes e sofrimento psíquico, dentre outros).

Ao longo do tempo, o trabalho foi adquirindo vários significados, inserindo-se no contexto da sociedade capitalista e revestindo-se, posteriormente, de uma importância cada vez maior como meio de inserção social, valorização e realização do ser humano. Embora sempre servindo à sobrevivência do indivíduo, o trabalho passou a ocupar lugar de destaque

no funcionamento psíquico e na subjetividade do trabalhador, constituindo-se em uma atividade construtora de sentidos, equilibrante, ou, do contrário, desestruturante e geradora de sofrimento.

O mito de Sísifo, da mitologia grega, vem retratar a realidade do trabalho inútil, vazio de significados e sentidos, verdadeira fonte de sofrimento para o trabalhador. Sobre este mito, Borges e Yamamoto (2004) narram que Sísifo teria sido castigado, por desafiar os deuses, a realizar um trabalho que consistia em carregar, incessantemente, uma pedra até o alto da montanha, de onde ela rolava sucessivamente até o chão, quando, então, deveria recomeçar a sua tarefa. Em outros termos, Sísifo foi condenado a empurrar eternamente a referida pedra, um trabalho, portanto, interminável, sem objetivo e sem sentido, rotina que se repetia sem variação ou renovação, mostrando este mito que não haveria castigo mais terrível para o ser humano do que o trabalho inútil, sem significação e sem esperança, revelando-se assim uma atividade com estas características desequilibrante para a estrutura psíquica do indivíduo, favorecendo desgaste, estresse e doenças ocupacionais.

É indiscutível que o ser humano, portador de desejos e sonhos, procure no trabalho uma forma de materialização destes anseios, utilizando sua profissão como um meio de realização material e pessoal. Assim, na relação homem *versus* trabalho, verifica-se um intercâmbio entre os múltiplos fatores individuais, econômicos e sociais, além de uma interação constante entre objetividade e subjetividade que, quando complementares, atuarão de modo a propiciar uma auto-realização ao profissional.

Todavia, quando esta relação é permeada de desencontros entre a subjetividade do trabalhador e a objetividade da organização do trabalho, o resultado será, indubitavelmente, o comprometimento do bem-estar físico, psíquico ou social do profissional, vez que esta situação acarretará a impossibilidade da consolidação de significados e sentidos condizentes com uma boa atuação laborativa. O campo da saúde mental e do trabalho, oportunamente, analisa o trabalho como “uma atividade humana por excelência, buscando o porquê, o como e o quando pode ser fonte de todo o prazer e ao mesmo tempo de todo o sofrimento” (CODD, 2002, p.187).

Atualmente o trabalho ocupa um lugar de grande importância na vida subjetiva das pessoas, pois interage na construção de sua auto-estima, identidade, bem-estar pessoal e

social. Dessa maneira, deve ser pensado como uma atividade de grande impacto no processo de saúde-adoecimento, idéia esta reforçada por Freud (1923) citado por Codo, Soratto e Menezes (2004, p. 279) quando define que “a saúde mental é capacidade de amar e trabalhar”. Este será, portanto, promotor de saúde ao possibilitar a realização pessoal e a construção da identidade do ser humano, sendo essencial para a estruturação psíquica do sujeito. Isso significa, portanto, que o trabalho quando gerador de sofrimento psíquico pode comprometer a saúde mental do trabalhador; este fato enfatiza a relevância da inter-relação trabalho-saúde mental e a necessidade de pesquisas que otimizem a qualidade desta relação.

No Brasil de acordo com Codo, Soratto e Menezes (2004), existem três maneiras diferentes de articular saúde mental e trabalho, ou seja, três diferentes abordagens que discutem o sofrimento psicológico no trabalho sob diferentes ângulos, são elas: estresse, psicopatológica (evoluindo para a psicodinâmica do trabalho) e epidemiologia. Embora com preocupações comuns, as linhas de pesquisas divergem no modo de investigar, diagnosticar problemas ou propor soluções, tendo em vista que são frutos de referenciais teóricos e metodológicos que divergem quanto às concepções de homem e de trabalho.

Os estudos sobre o estresse no trabalho estão voltados para as condições e as características do trabalho, as quais propiciam respostas indicativas de estresse no trabalho (respostas adaptativas às pressões e tensões da existência cotidiana), tais como mudanças fisiológicas, sintomas físicos e tensão psicológica. O que está em foco, nesta perspectiva, são as conseqüências comportamentais a partir do estresse, como é o caso da insatisfação no trabalho, ansiedade, depressão, fadiga, irritação e hostilidade, utilizando a metodologia básica destes estudos instrumentos de avaliação de escalas e inventários de sintomas de estresse, uma tradição quantitativa.

A linha epidemiológica aponta Codo, Soratto e Menezes (2004), volta-se para as características psicopatológicas, ressaltando-se que fatores econômicos e sociais, além dos individuais, são também determinantes do sofrimento psíquico no trabalho. Sendo a metodologia da investigação complexa, uma vez que investiga condições objetivas e subjetivas do trabalho, vem a mesma exigir o cruzamento de diversas metodologias, quais sejam: observação direta e entrevistas sobre o trabalho (organização de trabalho); inventários psicológicos (levantamentos de problemas de saúde mental e trabalho); e, por fim, estudos de caso (metodologia clínica). A epidemiologia em saúde mental e trabalho, consoante observam

Sampaio e Messias (2002), deve buscar o diagnóstico coletivo, priorizando a prevenção de transtornos mentais decorrentes de situações de trabalho patologizantes.

No tocante à saúde mental e ao trabalho, noticia-se que a perspectiva da psicopatologia emergiu na década de 40, na França, a partir do movimento da Psiquiatria Social. Paul Sivadon (1952), psiquiatra francês, citado por Lima (2002), foi quem utilizou, pela primeira vez, a expressão “psicopatologia do trabalho”, admitindo possíveis relações entre certos tipos de trabalho e certos distúrbios mentais, além de reconhecer o poder terapêutico do trabalho na vida do ser humano. No entanto, o referido autor ainda não integrava os aspectos psíquicos, orgânicos e sociais em suas discussões, sendo bastante criticado pelo seu relativismo e subjetivismo exagerado.

A abordagem de saúde mental no trabalho, preocupando-se principalmente com os aspectos psicológicos e sociais (relação entre objetividade e subjetividade) determinantes na relação homem *versus* trabalho como também com o impacto desta relação na saúde mental do trabalhador, emergiu com as idéias de Guillant (1984) citado por Lima (2002, p.61), segundo as quais: “certamente, o vivido da experiência humana [...] não deve ser negligenciado. (Mas) por mais subjetivo que seja (esse vivido) no espírito dos trabalhadores, [...] a realidade reflete aí sempre em certa medida e pode ser alcançada através dele”.

Na tentativa de compreender as possíveis relações entre um dado contexto laboral e os distúrbios mentais apresentados pelos profissionais que nele atuavam foi desenvolvida uma rica variedade de estudos com base nas mais diversas categorias profissionais (empregadas domésticas, telefonistas, mecanógrafos, condutores de trem, dentre outros). Importante enfatizar que as pesquisas realizadas mostraram-se decisivas para o surgimento de uma abordagem científica do trabalho (a psicopatologia do trabalho), cujo objeto de estudo consistia no potencial psicopatológico do próprio trabalho.

Isto denota, até então, que a relação saúde mental e trabalho sofria a influência da medicalização da saúde estando o foco de seus estudos voltados para os problemas de saúde mental no trabalho visando à adequação do trabalhador ao cargo e buscando assim o controle da força do trabalho. No entanto, com a emergência da perspectiva histórico-cultural, começa a ganhar corpo o olhar voltado às múltiplas relações singulares e coletivas envolvidas no âmbito do processo saúde / doença mental e trabalho.

Os estudos passam a tecer considerações sobre a complexidade da temática e da necessidade de uma compreensão holística e abordagem interdisciplinar que signifiquem as dimensões orgânicas, psicológicas, históricas, sociais, institucionais, políticas e econômicas. Nesta perspectiva, Zanella (2004) discorre sobre a compreensão da relação que o sujeito único, com uma história singular estabelece com o seu trabalho, a dimensão consciente e inconsciente do comportamento no trabalho, a interdependência do psíquico e do físico, enfatizando as significações apropriadas em contextos específicos e o dinamismo das relações determinantes no privilegiamento do estudo da normalidade sobre o da patologia.

Diante deste quadro de mudanças e sob a influência do movimento da psiquiatria social e do pensamento psicanalítico, Dejours (1992) muda o foco da abordagem psicopatológica do trabalho, o qual se destinava à compreensão das doenças mentais no contexto de trabalho. Suas pesquisas tornaram-se muito mais preventivas, voltadas à subjetividade dos trabalhadores e ao processo psicodinâmico por eles utilizado no enfrentamento do sofrimento no trabalho. Com estas idéias, a abordagem psicodinâmica do trabalho afastou-se definitivamente do pensamento da psicopatologia do trabalho, propiciando à ciência uma abordagem psicodinâmica do sofrimento produzido nas situações de trabalho, com o objetivo de entender como o trabalhador poderia alcançar o equilíbrio psíquico e manter-se saudável, mesmo submetido a condições desestruturantes em seu ambiente de trabalho.

A metodologia utilizada pela psicodinâmica do trabalho, que embasou a presente pesquisa, é composta por entrevistas fundamentadas na escuta psicanalítica, ressaltando-se que a fonte de conflito que provoca o sofrimento emerge da fala do trabalhador. Através do referencial psicanalítico Dejouriano, este estudo ampliou a compreensão da subjetividade do profissional em confronto com a realidade do trabalho (interação entre a objetividade do mundo do trabalho e sua própria subjetividade) através de uma escuta atenta e respeitosa que permitiu a apreensão das significações internas vivenciadas pelo trabalhador.

Diante do exposto, muito mais que diagnosticar e conhecer as doenças mentais decorrentes do desequilíbrio na relação homem x trabalho, as pesquisas no âmbito da psicodinâmica do trabalho propõem um estudo preventivo e investigativo sobre os aspectos subjetivos, intersubjetivos, objetivos (inclusive os sociais) que permeiam esta referida interação a partir das vivências dos trabalhadores, fazendo com que estes apreendam a

realidade que o faz sofrer, possibilitando dessa forma que façam uso de ações ou mecanismos adaptativos criativos e mais saudáveis capazes de aliviar ou, até quem sabe, modificar o destino do sofrimento e favorecer sua transformação em criatividade. O desafio real desta prática é exatamente aumentar a resistência do sujeito ao risco de desestabilização psíquica e somática, funcionando estas intervenções como mediadoras para a saúde (LIMA JÚNIOR e ÉSTHER, 2001).

2.2.2 As contribuições de Dejours para a compreensão do sofrimento psíquico no trabalho

Os impactos do trabalho na saúde mental do profissional, segundo a perspectiva psicodinâmica, emergiram a partir dos anos 80, na França, desencadeando, em meados dos anos 90, novas reflexões acerca da compreensão do sofrimento psíquico do trabalhador no Brasil (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

Esta abordagem de fundamentação psicanalítica baseia-se na subjetividade do trabalhador, buscando a análise dinâmica dos processos psíquicos mobilizados pelo sujeito quando diante de sua realidade de trabalho. Dessa maneira, as contribuições da Escola Dejouriana (a psicodinâmica do trabalho) ensejaram uma melhor compreensão da subjetividade vinculada à relação entre prazer, sofrimento e trabalho, revelando um olhar voltado para a interação entre as condições, a organização do trabalho e os seus impactos na saúde mental dos trabalhadores.

O estudo da relação saúde mental e trabalho, conforme Dejours (1992), tem por desafio a compreensão do sofrimento produzido no trabalho e o gerenciamento do mesmo, assim como as estratégias utilizadas pelos trabalhadores na constante busca de prazer, visando, desta forma, manter o equilíbrio psíquico dos profissionais em situações patogênicas de trabalho. Sobre o impacto das condições e organização do trabalho na saúde psíquica do trabalhador este referido autor privilegia os efeitos da organização do trabalho (hierarquia, controle, ritmo, estilo gerencial, relações humanas) sobre a saúde psíquica do trabalhador, considerando que as condições de trabalho (condições físicas, químicas e biológicas do ambiente de trabalho) se refletem mais sobre o físico do trabalhador. Esta visão que supervaloriza a organização em detrimento das condições de trabalho quanto ao impacto na saúde mental do trabalhador tem sido criticada na visão de muitos que consideram ser difícil fazer esta separação no que

concernem as intrínsecas e complexas relações (condições x organização x indivíduo) que se estabelecem no contexto de trabalho.

Os trabalhadores seriam, portanto, como acredita Dejours (1992) citado por Souza e Grisci (2005) os sujeitos mais indicados para falar do processo e das condições de trabalho por eles vivenciados, de modo a possibilitar, a partir de seus discursos, a identificação das relações existentes entre vivências e desgastes provocados na subjetividade destes profissionais:

falar e ser ouvido parece ser o modo mais poderoso de pensar e, portanto, de refletir sobre a própria experiência, desde que se esteja comprometido em relação dialógica, inter-subjetiva, na qual se acredita que o outro esteja de fato tentando a compreender; é ao explicar a outrem o meu sofrimento, a minha relação com o trabalho, que eu, perplexo, me ouço dizer coisas que eu não sabia, até tê-las dito
(DEJOURS,1992 apud SOUZA; GRISCI, p.6, 2005).

Quando o sofrimento psíquico torna-se presente na situação de trabalho não há como negar que isto ocorre devido a uma incompatibilidade entre a história individual do sujeito (perpassada por sonhos, necessidades e projetos) e a realidade laborativa em que se insere, a qual ignora a subjetividade do indivíduo, bloqueando-se assim a relação do trabalhador com a organização do trabalho. Sobre a carga psíquica do trabalho no indivíduo, fruto deste bloqueio, concluem Dejours, Abdoucheli e Jayet, (1994) que esta aumenta quando a liberdade da organização do trabalho diminui.

Além das condições laborativas e das pressões ou imposições advindas da organização do trabalho, Dejours (1992) citado por Ferreira e Mendes (2001) levanta a questão de que o sofrimento psíquico também pode advir da adaptação do trabalhador às mudanças culturais e ideológicas vivenciadas, bem como das relações estabelecidas com os clientes e com o público. O trabalhador muitas vezes tem que adquirir novas competências para corresponder às expectativas da organização, o que pode ocasionar em sua subjetividade uma sensação de incompetência e insegurança. Diante destas situações, o trabalho torna-se elemento perigoso para o aparelho psíquico, representando fonte de sofrimento, angústia e insatisfação podendo acarretar ao trabalhador transtornos mentais ou suscitar estratégias defensivas que minimizem a percepção das pressões da organização como uma forma de adaptação ao sofrimento desencadeado.

A Psicodinâmica do trabalho destaca-se, portanto, por não se preocupar em detectar as doenças mentais do trabalho, voltando sua análise para a relação entre o homem e o trabalho, além das estratégias defensivas utilizadas como procedimento regulatório do sofrimento vivenciado no trabalho. Seu objeto de estudo, portanto, tem como foco a forma como o trabalhador utiliza estas estratégias defensivas para manter-se saudável em meio a uma organização do trabalho patologizante (defesas individuais e coletivas).

As defesas são portanto, uma tentativa de amenizar condições dolorosas e situações adversas experimentadas no trabalho, assumindo, funções integrativas, adaptativas ou construtivas na vida psíquica do trabalhador. Porém, há que se enfatizar que a utilização de defesas em excesso pode vir a acarretar um grande dispêndio de energia por parte do profissional, podendo enfraquecer o ego e até mesmo alienar o indivíduo, isto porque, como assevera Mendes (1995) estas ao mesmo tempo em que equilibrantes para a estrutura psíquica do trabalhador favorecem o distanciamento da realidade que lhe faz sofrer (alienação das causas do seu sofrimento) dificultando assim, o processo de mudança das situações de trabalho. Este processo de alienação decorrente do sofrimento vivenciado, porém não reconhecido, portanto, ocasiona prejuízos ao trabalhador, tendo em vista não permitir a visibilidade das causas do sofrimento e nem mesmo a transformação das situações capazes de gerar o desconforto no contexto de trabalho.

A psicodinâmica do trabalho objetiva exatamente analisar os citados comportamentos defensivos utilizados pelos trabalhadores que possuem uma relação conflituosa com o trabalho, observando-se que cada categoria de profissionais expressa comportamentos defensivos específicos, os quais podem variar inclusive dentro de uma única categoria profissional. Esta análise propicia, então, aos trabalhadores uma maior conscientização da gênese e da dinâmica do sofrimento desencadeado por um ambiente de trabalho patologizante, incentivando os próprios trabalhadores a criarem condições e recursos aptos a gerir o sofrimento por eles experimentado, promovendo assim uma maior capacidade de adaptação às adversidades do contexto de trabalho.

O sofrimento patogênico surge quando não há possibilidade de adaptação entre organização do trabalho e o desejo do trabalhador, podendo desencadear neste indivíduo transtornos psíquicos, sociais, familiares e doenças psicossomáticas. Diante da realidade ora retratada, Dejours, Abdouchelli e Jayet (1994) defendem que a abordagem psicodinâmica do trabalho por intermédio do “espaço de palavras” pode transformar a realidade da relação entre

homem e contexto de trabalho, modificando o destino do sofrimento através da disponibilização de recursos ao trabalhador que possibilitem a elaboração de soluções originais e criativas (sofrimento criativo) favoráveis tanto ao processo do trabalho, quanto à saúde do indivíduo.

Necessário se faz pontuar o fato de que existem dois tipos de sofrimento na perspectiva ora abordada, o sofrimento criativo e o patogênico; este último surge após terem sido utilizadas pelo trabalhador todas as tentativas e mecanismos na transformação, gestão e aperfeiçoamento da organização do trabalho. Com propriedade, finaliza Dejours (1992) citado por Merlo (2002) afirmando que o sofrimento pode tornar-se instrumento de uma modificação na organização do trabalho, de forma a otimizá-lo (sofrimento criativo); ou, caso contrário, pode gerar um processo de alienação e de conservadorismo, quando os mecanismos de defesas, profundamente enraizados e rígidos na estrutura psíquica do trabalhador, vêm impedir a modificação da situação problemática, podendo trazer sérias conseqüências para a saúde mental do indivíduo (sofrimento patogênico).

Por fim, Dejours, Abdouchelli e Jayet (1994) versam sobre a análise das verbalizações e do comportamento dos profissionais, ressaltando que as expressões diretas das vivências de sofrimento pelo trabalhador são visíveis através de atitudes agressivas, medo e desconfiança, sentimento de não reconhecimento, vivência de injustiça, desânimo, resignação, conflitos entre colegas, tensões entre equipes, rivalidades e individualismo.

Sobre as formas de enfrentamento ao sofrimento, ou seja as defesas contra o sofrimento que permitem a convivência com as situações diárias de sofrimento, os autores referidos acima frisam: o desvencilhar das responsabilidades, não tomando iniciativas e remetendo sempre aos escalões superiores as decisões; uma atitude de fechamento e distanciamento em uma autonomia máxima, frente aos superiores e colegas (segredos e silêncios); a desconfiança sistemática com tendência a interpretações de hostilidade contra si mesmo; atitude de passar por cima do superior imediato, não se dirigindo a ele; enfrentamento do sofrimento através do silêncio; a subcontratação de empresas externas, delegando as tarefas quando estas são desprazerosas e penosas; o isolamento, recusando-se a cumprimentar os colegas; formação de coletivos onde a união se apóia em denúncias e agressividade contra inimigos; formação de equipes de trabalho fortemente diferenciadas pelo estilo de relações de trabalho e opções técnicas; engajamento na ação e no ativismo evitando o engajamento em discussões.

As estratégias defensivas mais comumente utilizadas pelos trabalhadores refere Mendes (1995) são: a racionalização (explicações coerentes, do ponto de vista lógico, cujos motivos verdadeiros não se apercebem); o individualismo (atitude de fechamento, isolamento ou silêncio sem considerar a causalidade que os atribuiu como impotência na situação de trabalho, conflitos entre colegas, falta de espírito de equipe); a negação (recusa em reconhecer a existência de aspectos desagradáveis em suas experiências, negando a percepção da realidade); e, por fim, a passividade (atribuição das características de imutabilidade e imobilidade à organização do trabalho, o que resulta em um papel passivo diante das imposições e das possibilidades de transformação).

Reitera Seligmann-Silva (1994) que a psicodinâmica do trabalho tem, portanto, como grande desafio superar a distância existente entre organização prescrita e organização real do trabalho. Assim, quanto maiores as pressões de planejamento e por resultados, mais a força dos regulamentos da organização prescrita do trabalho estarão ameaçando a criatividade, a reinterpretção das tarefas, a inovação e a autonomia dos trabalhadores, deixando a organização real do trabalho de ser um espaço construtivo, haja vista não mobilizar segundo Dejours (1992) citado por Nunes (2000) a inteligência astuciosa de seus trabalhadores (capacidade criadora, imaginativa e fantasiosa), destituindo do trabalho o sentido ou o significado perante o indivíduo:

o sujeito trabalhador necessita perceber o sentido do trabalho para que a inteligência astuciosa entre em cena; o trabalho real envolve um teatro que precisa entrar em ressonância simbólica, em concordância com invocações da história singular do sujeito, de sua infância e com sua capacidade de mentalização de representações psíquicas, dos jogos infantis, dos fantasmas, do teatro interno; é preciso que haja ressonância simbólica entre estes dois teatros: o da vida amorosa e o da vida laboral (DEJOURS,1992 apud NUNES, 2000 p. 40)

Ressalta-se, portanto que a investigação psicodinâmica visa essencialmente à vivência subjetiva, deixando de lado a exposição da realidade do trabalho humano e os fatos reais em suas dimensões concretas, pois nesta visão o discurso sobre os fatos têm maior importância que os fatos em si. Outra característica importante, aponta Merlo (2002), é o fato de esta abordagem estabelecer como foco a coletividade do trabalho, e não os indivíduos isoladamente. Isto porque não se busca, neste contexto, atos terapêuticos individuais, mas sim intervenções voltadas para a organização do trabalho a que estão submetidos os indivíduos.

O sofrimento quando presente no trabalho produz impactos na saúde mental do profissional, comprometendo sua atividade laborativa. Esta relação sofrimento psíquico e trabalho torna-se ainda mais significativa no trabalho dos profissionais de saúde mental, principalmente porque a relação afetiva humana está implicada em sua tarefa. Daí a necessidade de se investigar melhor estas vivências de sofrimento do profissional no seu ambiente de trabalho, sendo estas vivências sinalizadoras de ações transformadoras das condições e organização do trabalho, capazes de minimizar este sofrimento vivenciado.

Sabe-se que o cuidar de pessoas doentes, dessa forma, implicam, tarefas agradáveis ou não, levando assim a sentimentos de impotência que geram tensões, angústias, sentimentos fortes e contraditórios: piedade, compaixão, amor, culpa, ansiedade, ódio e ressentimento (MENZIES, 1970 apud LIMA JÚNIOR; ESTHER, 2001). Isto se aplica também ao trabalho de todo profissional de saúde mental, seja ele médico, psicólogo, enfermeiro, terapeuta ocupacional ou assistente social. O autor supracitado acrescenta ainda que não se pode negar a natureza de determinado tipo de trabalho, mas pode-se amenizá-la, empreendendo ações que contribuam para a melhoria das condições e organização, quando investigados os fatores que se encontram na gênese do desgaste e do prazer no trabalho.

Diante da análise feita e das considerações acima se pode concluir que a análise psicodinâmica contribui para uma melhor compreensão do significado e das formas de sofrimento psíquico vivenciadas pelos profissionais no trabalho; esta é uma tentativa de fazer com que este sofrimento revelado pela fala do trabalhador seja instrumento de transformação das condições e organização do trabalho patologizantes, tornando esta atividade profissional também mais equilibrante e saudável para o trabalhador, com maiores possibilidades de desenvolver uma prática terapêutica mais humana e de melhor qualidade.

3. TRATAMENTO METODOLÓGICO

3.1 Considerações sobre o método

No campo da saúde e em outras áreas como psicologia, educação e administração de empresas tem sido cada vez mais freqüente a utilização da metodologia científica qualitativa (NEVES, 1996). Esta abordagem, embora tenha se desenvolvido pelos antropólogos e sociólogos, somente a partir da segunda metade do século XIX vem sendo valorizada no cenário das pesquisas científicas, principalmente em investigações nas áreas humanas e sociais, por reconhecerem a complexidade do comportamento humano e a necessidade de maior valorização dos aspectos qualitativos dos fenômenos sociais.

Em linhas gerais, o método qualitativo caracteriza-se como pesquisa de campo de caráter descritivo e exploratório, podendo o pesquisador conduzir seu trabalho baseado em métodos qualitativos ou quanti-qualitativos.

Os termos pesquisa de campo e pesquisa naturalística podem ser vistas como sinônimo de pesquisa qualitativa, constituindo-se numa característica essencial da pesquisa qualitativa na visão de Minayo (1994); os estudos nesta modalidade de pesquisa são conduzidos no ambiente natural do sujeito, estando implícita a idéia de que os sujeitos são observados em seu habitat, de forma não intervencionista (GODOY, 1995).

É importante explicar melhor o caráter descritivo e exploratório do estudo com abordagem qualitativa: seu caráter descritivo refere-se por primar pela descrição das características de determinada população ou fenômeno através do estabelecimento de relações entre signo e significado, preocupando-se mais em descrevê-lo e interpretá-lo com vistas a um melhor entendimento da dinâmica do fenômeno estudado, enquanto caracteriza-se como exploratório, pois busca desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, com vista à sugestão para estudos posteriores e com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato, não se aplicando a generalizações (GIL, 1995, apud GUI, 2002).

A investigação qualitativa se propõe à compreensão subjetiva da experiência humana. Neves (1996, p. 01) define-a “como um conjunto de diferentes técnicas que visam a descrever e decodificar os componentes de um sistema complexo de significados, tendo por objetivo traduzir e expressar o sentido dos fenômenos do mundo social”. Esta é uma forma de análise que busca significados e não evidências, valorizando sempre a compreensão do fenômeno segundo uma visão dinâmica da realidade (FORTUNE, 1990, apud OLIVEIRA, 2000).

A presente pesquisa, considerando que tem o estudo do sofrimento psíquico na realidade de trabalho dos profissionais de saúde mental como objeto de análise, é essencialmente qualitativa, uma vez que utiliza somente estratégias qualitativas e interpretativas na busca da compreensão do modo como é criado, o que representa e a significação que tal fenômeno ganha para estes profissionais. Revela, desta forma, o seu intuito de apreender a multiplicidade de dimensões presentes envolvidas no sofrimento psíquico destes profissionais em seu ambiente natural de trabalho (pesquisa de campo), preocupando-se em diagnosticar e interpretar o fenômeno (caráter descritivo), numa tentativa de buscar novas explicações e entendimento sobre o assunto estudado (caráter exploratório).

Segundo esta perspectiva, justifica Turato (2005) que os pesquisadores qualitativistas voltam-se para:

a busca do significados das coisas, porque este tem um papel organizador nos seres humanos. O que as coisas (fenômenos, manifestações, ocorrências, fatos, eventos, vivências, idéias, sentimentos, assuntos) representam, dá molde à vida das pessoas. Num outro nível, os significados que as coisas ganham, passam também a ser partilhados culturalmente e assim organizam o grupo social em torno destas representações e simbolismos (TURATO, 2005, p. 05).

3.2 Local

O cenário deste estudo foi o CAPS Geral (Tipo II) localizado na Secretaria Executiva da Regional II (SER II), no município de Fortaleza, Ceará. Foi selecionado pelo pesquisador considerando as seguintes condições:

- estar funcionando há pelo menos dois anos, nos moldes da Política de Saúde Mental atual (serviço de atenção psicossocial);
- possuir equipe completa, de acordo com a Portaria 336 do Ministério da Saúde de 19 de fevereiro de 2002.

O CAPS em análise foi implantado em julho 2005, estando no endereço atual desde 20 de dezembro 2006, mas será brevemente transferido para outro endereço que melhor atenda às necessidades do serviço, dos profissionais e usuários. Sua equipe multiprofissional, atendendo às exigências mínimas de funcionamento da Portaria 336/2002, é composta pelos seguintes técnicos:

01(uma) coordenadora, 02(dois) médicos, 01(uma) assistente social, 01(um) auxiliar de enfermagem, 02(duas) enfermeiras, 02(dois) farmacêuticos, 02(dois) artistas, 02(dois) psicólogos, 01(um) recepcionista, 01(um) auxiliar administrativo, 01(uma) educadora física, 04(quatro) auxiliares de serviços gerais e 01(um) porteiro.

O serviço em estudo funciona de segunda a sexta-feira, de 8:00 hs às 12:00 hs e de 13:00 hs às 17:00 hs. Oferece atendimento individual medicamentoso, psicoterápico, grupal, atividades socioterápicas, oficinas terapêuticas, atendimentos aos familiares, visitas domiciliares e atividades comunitárias em favor de pessoas portadoras de transtornos mentais severos e persistentes, estando a proposta terapêutica fundamentada nos princípios da reforma psiquiátrica.

Uma vez na semana, toda a equipe do CAPS se reúne com a coordenação a fim de tratar das questões administrativas e analisar as dificuldades que afetam o serviço. Além disso, a equipe recebe supervisão profissional mensal para orientação do projeto terapêutico global.

A triagem dos usuários para atendimento no CAPS é realizada semanalmente, por no mínimo três profissionais da instituição, no sentido de selecionar os usuários com perfil de atendimento no CAPS (os médicos não participam desta atividade). As visitas domiciliares acontecem diariamente, sendo realizadas por no mínimo dois profissionais, exceto nas quintas-feiras, quando se realizam as reuniões com toda a equipe do CAPS. A média de pessoas que procuram o atendimento na instituição é de, aproximadamente, 1.000 (mil) usuários por mês.

A coleta de dados para a pesquisa de campo ocorreu no próprio CAPS, nos meses de julho e agosto de 2007, em sala apropriada, reservada (sem interferências), através de entrevistas individuais estruturadas abertas.

3.3 Sujeitos

Os sujeitos desta pesquisa foram os profissionais de saúde mental inseridos no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS Geral SER II), com os seguintes critérios de inclusão:

- participar de forma voluntária;
- ser profissional de saúde mental inserido no serviço de atenção psicossocial há, pelo menos, um ano.

Participaram da pesquisa (09) nove sujeitos, profissionais de saúde mental integrantes da equipe multidisciplinar do CAPS em estudo, um de cada categoria profissional: (01) coordenador, (01) médico, (01) assistente social, (01) terapeuta ocupacional, (01) educador físico (01) enfermeiro, (01) auxiliar-enfermagem, (01) farmacêutico, (01) artista.

Os sujeitos envolvidos assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (anexo C), por intermédio do qual foram conscientizados sobre os aspectos ético-legais de uma investigação científica. Os entrevistados foram informados que o anonimato de suas identidades e o sigilo de suas informações seriam resguardadas, identificando-se as entrevistas por um número estabelecido aleatoriamente (S1, S2, S3, S4.....S9).

3.4 Instrumento

A coleta dos dados foi realizada através de entrevista estruturada aberta e individual concretizada através de registros escritos feitos pela pesquisadora como instrumento único de levantamento de dados. É importante ressaltar que a pesquisadora tencionava utilizar a gravação das falas, porém esta forma de registro dos dados não foi aceita pela maioria dos profissionais.

Foi utilizado pelo pesquisador um roteiro de entrevista estruturado aberto (anexo E), construído com base nas categorias centrais enfatizadas por Dejours (1992), indispensáveis a uma investigação psicodinâmica da relação prazer, sofrimento e trabalho, quais sejam: condições de trabalho, organização do trabalho e estratégias defensivas.

De acordo com Minayo (1994), a entrevista é o procedimento mais utilizado no trabalho de campo, sendo:

um instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais pois a fala mostra-se reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo tem a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas (MINAYO, 1994, p.109).

Trivinos (1987) citado por Turato (2003, p. 314) referindo-se a adequação da entrevista estruturada aberta ao espírito do método qualitativo, ressalta: “parte dos questionamentos que interessam à pesquisa, oferecendo em seguida oportunidade para livre associação de idéias por parte do entrevistado”, possibilitando uma conversa onde o entrevistado tenha a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições pré-fixadas pelo pesquisador. Deste modo, emergem falas espontâneas, histórias de vida, sentimentos, esperanças e sofrimentos vividos, permitindo ao pesquisador o acesso a um rico material para análise qualitativa.

A entrevista estruturada aberta sendo uma técnica qualitativa de coleta de dados, permite o acesso à fala dos entrevistados, de forma flexível e não superficial, aferindo Dejours (1992) que a fala é um dos principais acessos à vivência subjetiva e intersubjetiva dos indivíduos. Procurou-se estabelecer uma relação de confiança entre entrevistado e entrevistador (rapport), como tentativa de proporcionar uma escuta favorável à livre expressão dos pensamentos e sentimentos.

Durante as entrevistas foram observadas todas as manifestações verbais, não verbais e comportamentais dos sujeitos, estando o pesquisador atento, também, à expressão das emoções e sentimentos vivenciados pelo entrevistado durante a conferência. As entrevistas, agendadas previamente com os profissionais, foram realizadas no próprio CAPS, durante o expediente do profissional (nos meses de julho e agosto), sendo as falas dos entrevistados

registradas manualmente pelo entrevistador. O tempo utilizado para a realização da mesma foi, em média, uma hora e meia.

Alguns entrevistados relataram já ter participado de outras pesquisas (respondendo a questionários), porém demonstraram maior satisfação quanto a esta oportunidade de escuta e reflexão acerca das dificuldades e sofrimentos vivenciados no seu ambiente de trabalho, ressaltando, inclusive, a necessidade de um espaço de escuta para o acolhimento e a elaboração do sofrimento psíquico inerente a suas atividades.

3.5 Procedimento

As ações para a efetivação deste estudo adotaram as seguintes etapas:

1ª ETAPA: Encaminhamento do projeto

O projeto de pesquisa foi encaminhado, em abril de 2007, à Coordenação de Saúde Mental do Município de Fortaleza, para análise; após aprovação, realizou-se contato telefônico com a Coordenadora de Saúde da Regional II, que prontamente fez contato com a Coordenadora do CAPS em estudo, viabilizando a realização da pesquisa. A seguir, também através de contato telefônico, notificou-se a coordenadora do CAPS escolhido sobre a natureza do estudo e do interesse em realizá-lo neste local. A profissional reagiu de maneira receptiva, colocando, entretanto, que seria necessária a participação da pesquisadora em uma reunião de equipe, a ser realizada na terça-feira, dia 26 de junho de 2007, momento em que a mesma deveria solicitar aos profissionais da instituição a sua participação voluntária como sujeitos da pesquisa.

2ª ETAPA: Estabelecimento do primeiro contato com os sujeitos da pesquisa

No dia combinado, foi estabelecido o primeiro contato com os profissionais, no sentido de esclarecer o propósito da pesquisa e investigar sobre a possibilidade de as entrevistas serem gravadas. Neste momento, foi estabelecido o horário e o local das entrevistas, conforme a disponibilidade dos profissionais, ficando acertado por exigência da maior parte dos

profissionais que as entrevistas não seriam gravadas. Ainda nesta oportunidade, procurou-se desenvolver um clima de confiança com os futuros colaboradores, ficando claro o compromisso do pesquisador, junto aos profissionais, quanto à devolução dos resultados da pesquisa.

3ª ETAPA: Elaboração do instrumento de pesquisa e coleta dos dados

A elaboração do roteiro de entrevista estruturado efetivou-se em maio/ junho 2007. A testagem do instrumento, foi realizada com os dois primeiros sujeitos entrevistados, procedendo-se a complementação e o ajuste das informações com os mesmos sujeitos, não comprometendo os dados levantados. Neste contexto, a pesquisa de campo teve início em julho de 2007, sendo concluída em agosto do mesmo ano.

4ª ETAPA: Análise dos dados

A análise dos dados iniciou-se em agosto de 2007. O procedimento utilizado como técnica de tratamento dos dados coletados nas entrevistas foi a análise qualitativa de conteúdo, segundo a perspectiva de Bardin (1994), aplicada a discursos diversos e a todas as formas de comunicação. Para a operacionalização da análise dos dados, foram seguidos os seguintes passos norteados por este instrumental metodológico:

a) ordenação dos dados: releitura do material e organização dos dados obtidos (relatos fornecidos pelos profissionais);

b) classificação dos dados: leitura exaustiva e repetitiva dos textos; separação dos dados por temas emergentes, segundo critérios de relevância e recorrência confrontados com as categorias centrais Dejourianas teoricamente propostas, neste estudo, como balizas da investigação (condições de trabalho, organização do trabalho e estratégias defensivas);

c) aprofundamento da análise: surgiram, em meio a leituras exaustivas dos relatos transcritos, interrogações e reflexões importantes que constituíram elementos norteadores, em um segundo passo, da construção do agrupamento das diversas categorias empíricas, as quais foram isoladas em categorias centrais empíricas, elaboradas a partir da realidade vivenciada pelo profissional, qual seja: precariedade na estruturação e funcionamento do serviço; identificação e valorização no trabalho; tarefas geradoras de desgaste físico e emocional; relações sociais e profissionais conflituosas; angústia, contradições e defesas;

d) a análise final concretizou-se por meio da articulação dos dados obtidos com os referenciais teóricos que respaldaram o presente estudo (resultados e discussões), buscando-se o sentido simbólico do material obtido e suas significações ocultas, viabilizando-se, assim, o acesso a dimensões inconscientes. Esta interpretação foi realizada tendo como base:

- as idéias de Dejours (1992), Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994): referencial teórico adotado (psicodinâmica do trabalho);
- a fala dos profissionais, procurando-se apreender os indicadores de sofrimento psíquico relacionados a comportamentos no trabalho e as estratégias defensivas segundo Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994), sendo estas interpretações subsidiadas pelas contribuições da abordagem psicanalítica.

Buscou-se, através da compreensão dos dados coletados, a confirmação ou não dos pressupostos da pesquisa, além de procurar responder aos questionamentos inicialmente formulados no estudo e, assim, ampliar o conhecimento sobre o assunto investigado através das descobertas e reflexões suscitadas.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O profissional de saúde mental encontra-se inserido num contexto de trabalho (CAPS) responsável pela transição e implementação do novo modelo de assistência psicossocial em saúde mental, denotando em seu discurso que sua atividade é propulsora de vivências de prazer e sofrimento.

Apreendeu-se, através da análise do conteúdo das falas dos profissionais, grande identificação dos mesmos com sua atividade, referindo sentimentos de importância social, orgulho e realização, além de revelarem comprometimento com a hodierna proposta de trabalho. Estas vivências são fontes de satisfação e prazer, significando que a relação deste trabalhador com sua atividade desenvolvida no CAPS dispõem de vias de descarga psíquica (sublimação) através da ressonância simbólica que articula e harmoniza a história singular do sujeito a realidade do trabalho, possibilitando o enfrentamento de outros obstáculos inerentes às condições, organização do trabalho e de ordem histórica e política. Esta idéia associa-se a visão Dejouriana de que o reconhecimento de certo sofrimento no trabalho não é incompatível com o prazer obtido da relação com o trabalho.

Pode-se sublinhar, no entanto, que as vivências de sofrimento significadas pelos profissionais relacionaram-se principalmente a precariedade das condições do serviço, inadequação das instalações, baixa remuneração, falta de estabilidade e perspectiva de crescimento, natureza da tarefa com elevadas exigências emocionais e sociais, dificuldades da organização do trabalho (gestão centralizada, momentos de sobrecarga no trabalho, conflitos interpessoais e interdisciplinares), e o deficitário suporte da rede social. O processo de trabalho desenvolvido no CAPS bem como, as relações sociais e profissionais, sofre o impacto destas dificuldades fazendo com que o trabalhador em sua organização real do trabalho desenvolva estratégias defensivas como forma de enfrentamento do sofrimento psíquico desencadeado pelas citadas variáveis.

Ademais, os profissionais expuseram, neste estudo, suas angústias frente a não resolutividade da prestação do serviço no atendimento as seguintes propostas da reforma psiquiátrica, as quais são norteadas pelos princípios do Sistema Único de Saúde, tais como: rede articulada de serviços, intersetorialidade, e interdisciplinaridade.

Para uma melhor visualização das informações colhidas foi realizada, de forma didática, uma síntese das informações e dos conteúdos das falas colhidos durante a pesquisa, seguindo o roteiro de entrevista conforme exposto no anexo E.

I. Dados de Identificação dos Sujeitos da Pesquisa

Observou-se que todos os sujeitos participantes da pesquisa têm idade entre 25 e 47 anos; possuindo, dois deles, o nível médio e os demais, níveis superiores. Todos exercem a profissão há mais de um ano e nove meses, trabalhando no CAPS há, pelo menos um ano e, no máximo, três anos. Constatou-se ainda que cinco dos profissionais em estudo possuem carga horária de 20h semanais, a serem cumpridas no CAPS, são eles: terapeuta ocupacional, musicista, assistente social, médico e farmacêutico; os demais profissionais possuem carga horária de 40hs semanais. Segundo informações dos sujeitos da pesquisa, cinco deles têm outras fontes de renda, desenvolvendo outras atividades. Detectou-se que somente alguns profissionais, em torno de quatro deles, já tinham experiência de atuação em serviços correlatos. Além disso, observou-se também que são poucos aqueles que possuem cursos ou especialização na área de saúde mental, quando somente quatro deles fizeram ou estão cursando cursos em áreas correlatas (terapia familiar, arte-saúde, medicina preventiva, psicanálise). Outro dado fundamental é que somente um profissional é concursado enquanto todos os outros são terceirizados.

Uma melhor visualização destas informações pode ser encontrada no anexo F.

II. Informações sobre o sofrimento psíquico no trabalho

a) Condições de trabalho

Acerca do local onde desenvolvem o serviço, os profissionais ressaltaram os seguintes aspectos:

- espaço físico inadequado: estrutura física imprópria, insuficiência de salas e falta de espaços adequados para que os profissionais desenvolvam

regularmente seu trabalho em condições mínimas, insuficiência de salas para realização de grupos, acessibilidade difícil para os pacientes (muitas escadas), inexistência de rampa e demais adaptações para deficientes físicos;

- falta de segurança, não só no local de trabalho (assaltos, bairro perigoso), mas, também nas visitas domiciliares (falta de suporte), não identificação dos carros da instituição, locais insalubres e perigosos.

Enumeraram como fatores que dificultam a realização do trabalho:

- precariedade de recursos materiais e financeiros de toda ordem: faltam instrumentos de trabalho e recursos financeiros para desenvolver atividades nas oficinas e festas; carência de materiais diversos como copos, papel higiênico, água; dificuldades de transporte para atividades externas como passeios e visitas;
- falta de recursos humanos e inadequação da carga horária, o que gera sobrecarga de serviço, ocasionando o imediatismo na prestação do serviço e frustração por não poder desenvolver outras atividades obrigando a cumprir apenas uma rotina repetitiva, fatores que segundo os profissionais propiciam a não vinculação do usuário com o serviço;
- rede de suporte social municipal precária.

Em relação à gestão, sentiram necessidade de maior investimento de recursos financeiros na saúde mental, tendo apresentado as seguintes queixas:

- CAPS não recebe suprimento de fundo;
- insatisfação com a remuneração, falta de estabilidade (terceirização) e nenhuma perspectiva de crescimento; sobre a insatisfação com a remuneração, mais especificamente, argumentaram os seguintes fatos: baixa remuneração por não atender as necessidades de sobrevivência do momento, não propicia a

realização de sonhos, como aquisição de carro e casa próprios, impossibilidade de custeio de plano de saúde fazendo com que o profissional sinta a necessidade de outro emprego para suprir suas necessidades; não pagamento de adicional de insalubridade; sentimento de injustiça;

- reforçaram ainda: a falta de perspectiva de crescimento, pela ausência de qualquer esquema de ascensão ou plano de carreira; a inexistência de qualquer perspectiva de aumento de salário; a falta de estabilidade e segurança no trabalho (profissionais terceirizados, com exceção de um profissional); desejo pela efetivação através de um concurso público;

- necessidade de informatização do serviço.

b) Organização do trabalho

Em relação ao **conteúdo de tarefas**, os profissionais informaram:

- a maioria dos profissionais informou que a opção de trabalhar no CAPS não decorreu de escolha ou interesse, mas sim de oportunidade de emprego e/ ou indicação: influência de amigos, convite por intermédio de vinculação com a prefeitura, oportunidade de emprego (entrega de currículo na Secretária de Saúde);

- observou-se, em suas falas, que os entrevistados se identificam com o trabalho desenvolvido no CAPS, uma vez que atribuíram importância à sua atividade, revelando sentimentos de realização profissional e gratificação com a melhora e evolução do paciente, sentindo-se, assim, úteis, capazes de ajudar o próximo; afirmaram gostar de trabalhar no âmbito da saúde mental, apesar das dificuldades enfrentadas no serviço.

Em relação às atividades desenvolvidas no CAPS, cada profissional discorreu sobre suas tarefas:

- terapeuta ocupacional - avaliação do perfil do paciente para encaminhamento a grupos; triagem; atendimentos individuais (casos específicos); atividades para o desenvolvimento de habilidades manuais; atividades da vida diária; promoção do social, lúdico, lazer; elevação da auto-estima; reinserção social e ampliação da capacidade laborativa dos usuários;
- educador físico - grupos de atividade física com pacientes; grupos terapêuticos com outros profissionais do CAPS; atendimentos individuais, quando necessário; outras atividades, como estimulação sanguínea periférica, relaxamento, alongamento, prevenção de doenças;
- artista - acolhimento, trabalho de grupo coletivo ou individual, nos casos de encaminhamento; desenvolvimento de atividades como: canto, música, palestras, reflexão, escuta; trabalho de grupo com outros profissionais do CAPS;
- farmacêutico - entrega da medicação e consequente orientação; controle de estoque; movimento mensal da medicação (confeção do mapa e do livro de controle especial); não realiza grupos ou outras atividades por falta de tempo;
- assistente social - atendimento individual; concessão de vale transporte aos usuários; triagem; visitas domiciliares; grupos com familiares; encaminhamentos;
- Auxiliar de enfermagem - administração de medicação supervisionada; cuidados gerais com o paciente (olhar, orientar, higienizar); visitas domiciliares realizadas juntamente com a médica; grupos de orientação para a realização de higiene em prol dos pacientes;
- enfermeira - consulta de enfermagem; triagem; administração e supervisão de medicamentos; orientação da família; grupos de dança e higiene;

- médico - atendimentos individuais com pacientes; impossibilidade de realização de grupos ou visitas domiciliares por falta de tempo;
- coordenador - administrar o serviço.

O relato dos profissionais acerca das exigências físicas, emocionais e sociais revelou:

- sobrecarga emocional: sobrecarga de problemas; identificação com os problemas dos usuários (o profissional é depositário de problemas e sentimentos dos outros); trabalho muito cansativo e desgastante (crises dos pacientes); ambiente tenso pelas dificuldades de apoio e falta de cuidado com o cuidador; necessidade de lidar com a frustração de não conseguir a solução do caso e stress do dia a dia;
- exigências sociais: impotência diante das problemáticas sociais e econômicas do paciente; convivência com problemáticas sociais frequente (fome, violência doméstica, relações familiares desestruturadas) e com a falta de suporte da rede de assistência social deficitária; impotência diante da impossibilidade de transformação da realidade externa do usuário (família, sociedade e sua relação com a doença mental) e de mudanças de paradigmas por parte dos familiares que insistem em acreditar na resolutividade da medicalização e internação (fatores dificultadores da vinculação ao serviço);
- exigências físicas: recursos humanos não adequados à intensa demanda por atendimentos, o que ocasiona, frequentemente, nos profissionais de saúde mental, momentos de sobrecarga de trabalho (DORT/LER).

Em relação à **divisão de trabalho**, após a análise das informações obtidas, verificou-se que os entrevistados informaram que:

- há relativa autonomia no exercício de suas atividades profissionais diárias (com liberdade de ação na execução de suas tarefas e respeitando o modo

particular de trabalhar), o mesmo não podendo ser dito em relação à participação nas tomadas de decisões, considerando-se impotentes para operacionalizar mudanças no ambiente e condições de trabalho; constatou-se certa subordinação hierárquica dentro da instituição em análise, quando referem os profissionais que qualquer projeto individualizado em sua área de atuação tem que antes ser comunicado e autorizado pela coordenação;

- os trabalhadores relataram que a coordenação busca promover discussões e reavaliações, visando chegar a um consenso nas reuniões, embora ainda existam, segundo alguns posicionamentos, decisões pré-fabricadas e informadas por parte da coordenação (de cima para baixo), a presença da hegemonia do saber, atuando os profissionais de algumas especialidades como se mais importantes fossem; falaram da necessidade de reuniões voltadas para o planejamento e avaliação de projetos terapêuticos específicos (manejos de casos), denotando também os entrevistados o desejo por uma maior atenção em relação a sua saúde emocional por parte da gestão e coordenação; as reuniões semanais tratam principalmente dos assuntos administrativos e as supervisões lidam principalmente com o projeto terapêutico mais amplo da instituição;
- fica implícito na fala dos entrevistados que, no CAPS, o ritmo de trabalho mostra-se com freqüentes momentos de sobrecarga, ocasionados pela demanda excessiva de atendimentos no território aliada à falta de recursos humanos e inadequação da carga horária.

Em relação às **relações humanas**, os profissionais informaram:

- segundo os profissionais, a coordenação desenvolve boa comunicação e interação com os entrevistados; existe o reconhecimento, por parte dos profissionais, do esforço permanente despendido pela coordenação em desenvolver uma relação horizontal com a equipe através de uma escuta atenta, porém alguns profissionais queixaram-se de sua constante ausência do segmento no cotidiano do trabalho, em virtudes de compromissos

externos; alguns profissionais expressaram ainda maior necessidade de feedback sobre suas atividades por parte da coordenação;

- percebeu-se, através da pesquisa, dificuldades de interação e cooperação dos profissionais no desenvolvimento de um trabalho de equipe, situação esta justificada pelos profissionais em razão dos seguintes motivos: indisponibilidade de tempo para maiores discussões e trocas; presença de hegemonia do saber; inabilidade de alguns profissionais para a socialização de regras, procedimentos e informações; e falta de parcerias para a implantação e ampliação de projetos; no que tange às manifestações de reconhecimento entre os colegas, estas não são frequentes, asseverando-se que, quando presentes, decorrem principalmente da confiança depositada no trabalho do profissional (solicitação de opiniões, sugestões e esclarecimento de dúvidas), além de algumas manifestações de elogios em virtude da evolução do paciente (manifestações verbais);
- no relacionamento com os usuários, mostraram-se frequentes as demonstrações de gratidão dos usuários para com os profissionais em razão da evolução do seu quadro e da ampliação de sua autonomia e socialização; dificuldades também estão presentes, uma vez que alguns indivíduos resistem a comparecer ao serviço em decorrência da sua própria patologia: reagem com ingratidão, apresentando dificuldades na construção do relacionamento; estabelecem um vínculo de dependência com o profissional, demonstrando dificuldade de falar sobre seus próprios sentimentos; ressaltando-se ainda o fato de que, com a melhora, alguns vêm a desvincular-se do serviço, deixando inclusive de tomar a medicação prescrita;
- os familiares que aderem ao tratamento geralmente são agradáveis, pois cooperam, reconhecem e verbalizam quanto à melhora do paciente, principalmente no que concerne ao relacionamento, autonomia e socialização do mesmo; todavia, constatou-se que alguns desses familiares vêem o paciente como um estorvo, faltam às consultas, proferem queixas de cansaço e desesperança, não reconhecem o sintoma como verdadeiro,

rotulando o paciente como preguiçoso; ademais, mostrou-se freqüente entre os familiares, o desconhecimento sobre a doença e como tratá-la, questionando a eficácia do tratamento e optando ainda pelo internamento. Além disso, verificou-se ser comum a dificuldade dos familiares em lidar com o transtorno mental; eles angustiam-se, desautorizam as manifestações do paciente e mostram-se muito ansiosos por melhoras e respostas ao tratamento.

c) Estratégias defensivas

É comum, na fala dos profissionais, a presença de sentimentos contraditórios: tristeza *versus* alegria; raiva e indignação *versus* conformismo; frustração e cansaço *versus* realização e gratificação.

As expressões diretas do sofrimento mais freqüentes foram reveladas da seguinte forma:

- insatisfação com o atraso do pagamento mensal, baixa remuneração, falta de estabilidade e nenhuma perspectiva de aumento de salário ou crescimento;
- irritabilidade pelas pressões vivenciadas por parte de usuários, familiares e colegas da prefeitura, quando solicitam concessões não possíveis pela organização prescrita do trabalho;
- resignação: realização do trabalho mesmo sem condições de expansão de suas atividades, limitadas pelo espaço físico insatisfatório e insuficiência de recursos humanos, tecnológicos e materiais;
- falta de motivação e desesperança: sofrimento em razão da impossibilidade de solucionar o problema do usuário; o profissional fez encaminhamentos, embora não acreditasse na resposta do suporte ou eficiência da rede social;

- ansiedade e angústia pelo envolvimento e identificação com os problemas emocionais dos usuários, esforçando-se para não deixar este fato transparecer ao usuário;
- carga de tristeza, sentimentos contraditórios e conflitos pessoais em virtude dos problemas emocionais e sociais vivenciados diariamente com o conseqüente esforço de controle através do distanciamento e negação;
- individualismo decorrente da impossibilidade de encontrar parceiros para o desenvolvimento de projetos; engajamento em ações individuais para compensar falta de organização do serviço com o intuito de ajudar os demais;
- sentimento de impotência e frustração diante da impossibilidade de modificar suas condições de trabalho buscando os profissionais soluções improvisadas (cotas, por exemplo; uso da inteligência astuciosa e criatividade);
- reações emocionais intensas, sintomas físicos (DORT/LER) por conta da sobrecarga de trabalho e do estresse do dia a dia;
- insegurança quanto às dificuldades de apoio e suporte em atividades internas e externas (falta de segurança e transporte);
- descontentamento quanto à inadequação das condições físicas do ambiente, falta de condições tecnológicas;
- frustração e insatisfação pela falta de participação nas decisões;
- sentimentos de culpa pelas dificuldades e sobrecarga de trabalho gerando a impressão que não vai dar conta das responsabilidades;
- conflitos nas relações sociais e profissionais (falta de confiança, dificuldades de trabalhar em equipe, não padronização de normas e procedimentos, hegemonia do saber por parte de algumas especialidades).

Diante do que foi dito, as causas apontadas pelos profissionais como geradoras de sofrimento são diversas, relacionadas principalmente às condições de trabalho, exigências emocionais e sociais da atividade, além de dificuldades da organização e estruturação do serviço.

Foram freqüentes sentimentos contraditórios, reações emocionais intensas (revolta, desabafo com amigos, crises de ansiedade e choro), sentimentos de impotência e frustração, insatisfação, conflitos interpessoais. Reagiram com mecanismos de defesas individuais, atitudes de enfrentamento como improvisação, passividade e individualismo.

Sobre os motivos que fizeram os profissionais ausentarem-se do serviço, relataram: cálculo renal, tendinite, dengue, picos hipertensivos, problemas pneumológicos, licença maternidade.

Doenças como enxaqueca, insônia, gastrite, infecções pulmonares, tendinite, rinite e sinusite, mostraram-se freqüentes entre os profissionais, exigindo dos mesmos cuidados constantes.

Quando não estão trabalhando, os profissionais desenvolvem atividades diversas sublimatórias como prática de esporte; freqüentar academia; atividades de relaxamento (dança, acupuntura, confecção de bijouteria, dentre outras); ir à missa; busca de atividades de lazer como ir à praia, ao shopping, viajar, ficar com amigos e familiares, tomar uma cervejinha.

Desta feita, após a exposição e análise das informações colhidas, surgiram temas que foram transformados em categorias centrais empíricas, sendo comuns as falas reveladoras do sofrimento psíquico do profissional, como:

- precariedade na estruturação e funcionamento do serviço;
- identificação e valorização no trabalho;
- tarefas geradoras de desgaste físico e emocional;
- relações sociais e profissionais conflituosas;
- angústias, contradições e defesas.

➤ Precariedade na estruturação e funcionamento do serviço

Os trabalhadores de saúde encontram-se inseridos, atualmente, em um novo dispositivo institucional (CAPS) a serviço da implementação e consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira. É inegável que este é um período de transição para os profissionais de saúde mental, permeado por contradições internas e externas em meio a mudanças de paradigmas na representação social sobre a loucura.

Nesta compreensão, Aranha e Silva (2003) citado por Figueiredo (2007) diz ser necessário repensar que o atual cenário da atenção em saúde mental sofre influência de determinantes que se articulam e guiam suas práticas:

a) ordem estrutural: a lei orgânica da saúde, os princípios do SUS, regulamentações, diretrizes e políticas públicas de saúde mental; b) ordem particular: a função do serviço na rede local de atenção, os dispositivos de interdependência ou colaboração das ações no sistema de saúde. c) ordem singular: organização do serviço, modelo de atenção institucional e capacidade do serviço produzir saúde, que está relacionada ao nível de satisfação da clientela e do trabalhador, resolutividade e previsibilidade das ações, disponibilidade e capacidade de absorção de demanda espontânea ou produzida nas ações interinstitucionais. (ARANHA; SILVA, 2003 apud FIGUEIREDO, 2007, p.27)

O trabalhador no CAPS vem encontrando dificuldades em sua prática profissional decorrentes da falta de complementaridade e sinergia entre as três dimensões abordadas acima, gerando um trabalho improvisado que não atende às necessidades e propostas resolutivas do cuidado a que se propõe.

Os discursos dos profissionais denotaram certa insegurança e falta de apoio, fatores estes que desenvolvem um sofrimento psíquico. Nas entrevistas, os profissionais demonstraram a necessidade de uma política de saúde mental mais efetiva, voltada para a solução de problemas reais, buscando-se respostas que visem amenizar as situações constrangedoras vivenciadas em virtude da falta de recursos e suporte.

Em suas falas foram comuns queixas sobre a escassez de recursos materiais e insuficiência de recursos humanos ao lado de condições de trabalho insatisfatórias (falta de segurança e adequabilidade do espaço físico, não informatização):

“... espaço físico muito precário; não adequabilidade; falta de segurança; falta de material de toda ordem; inclusive às vezes fazemos cota ou compra com nossos próprios recursos...” (S1).

“... trabalhamos em condições precárias: estrutura física inadequada para desenvolver meu trabalho e falta de recursos humanos, continuo solicitando a informatização... facilitaria muito meu trabalho...” (S4).

“... espaço físico totalmente inconveniente para promover saúde; insegurança; difícil acesso para pacientes; não têm salas suficientes para os profissionais, inclusive salas adequadas para grupos... trabalhamos com recursos escassos...” (S7).

“... só consigo dar conta da demanda imediata, estou sozinha no setor... como profissional, me sinto desrespeitada e sobrecarregada...” (S5).

“... falta de recursos de toda ordem...” (S9).

O serviço reproduz ainda a tendência dos serviços de saúde de centralização administrativa e financeira, impedindo que a coordenação tenha maior poder de deliberação (co-gestão) e desenvolva um espaço coletivo e interativo (gestão participativa) na solução dos problemas. Este aspecto traz implicações para o comportamento dos profissionais que, em face da falta de suporte e desesperança de mudar a situação, sentem-se frustrados, vivenciando uma sensação de impotência e de que poderiam ter feito mais (sentimentos de culpa e contraditórios, reações emocionais intensas, desmotivação), reagindo na maioria das vezes com resignação, passividade ou improvisação:

“... a minha reação é de espera, não tem muito que fazer, não depende de mim...” (S6).

“... não faço mais porque não posso, as dificuldades estruturais do serviço impedem... isso gera desmotivação...” (S4).

“... às vezes me sinto meio operária, ter que fazer e produzir...” (S7).

“... têm momentos que choro, fico com a cabeça a mil... não dei respostas às necessidades...” (S5).

“... falta material, por isso às vezes compro do meu bolso.” (S1).

“... não tem verba... estamos sempre fazendo cotas...” (S3).

“... tento resolver ou amenizar dificuldades...” (S9).

“... suporto o momento, não reclamo, depois peço para ir embora...” (S6)

As mudanças na política pública de saúde mental do Brasil demandam transformações urgentes nas ações terapêuticas e intervenções do profissional; no entanto, o problema está exatamente no fato de que as exigências de mudanças não se coadunam com os dispositivos estruturais locais (intra-institucionais) e intersetoriais existentes, necessários à integralidade do cuidado em saúde mental, segundo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica em implantação:

“... alguém lá de cima não entende e não conhece a realidade do meu trabalho... acham que tenho que trabalhar sozinho... venho para o trabalho com alegria principalmente pelo convívio com colegas, pela minha atividade em si, do que pela estrutura que só dificulta o desenvolvimento do mesmo...” (S4).

“... ambiente tenso pelas dificuldades de material, falta de segurança e apoio às atividades externas, dificuldades no transporte...” (S2).

“... tenho que lidar com a frustração de não conseguir a efetividade do caso... quando tenho que encaminhar, é grande a dificuldade de suporte da rede social do Município, que não colabora...” (S5).

“... CAPS não recebe suprimento de fundo, isto dificulta bastante...” (S7).

“... sinto-me meio órfão como profissional desta área, acho ainda que há pouco investimento em saúde mental...” (S7).

Os profissionais, portanto, ressaltaram a necessidade de maiores investimentos financeiros do governo em políticas públicas e sociais na área de saúde mental que assegurem o atendimento às necessidades humanas dos trabalhadores e a eficiência do serviço institucional . Assim, em suas falas, esperam o acolhimento das condições ideais para a realização da tarefa e de suas expectativas (senso de dignidade e valorização enquanto pessoas e profissionais). Schein (1982) reforça esta idéia quando afere que cada pessoa, no desempenho de determinada função, possui expectativas em relação a salários ou vencimentos, horas de trabalho, benefícios e privilégios vinculados a um emprego, garantias de não ser despedido inesperadamente (estabilidade), dentre outras. Estes anseios foram expressos pelos trabalhadores revelando a realidade que estão vivenciando nesta prática assistencial:

“... por ser um trabalho bastante cansativo e desgastante exige muita atenção, deveria ser melhor remunerado; se não tem estabilidade (trabalho terceirizado), investem em capacitação para quê?... o que vai ser feito com isso?... não vejo nenhuma perspectiva de aumento de salário ou crescimento...” (S2).

“... nas visitas domiciliares sentimos muita insegurança: áreas de risco, insalubres, periculosidade e falta de apoio, identificação... falta de cuidado com o cuidador...” (S5).

“... mesmo sendo concursada, a remuneração não enseja a realização de meus sonhos, comprar um carro, uma casa, ter um plano de saúde...” (S1).

“... a minha carga horária é insuficiente, a demanda de trabalho é muito grande... sobre a ampliação de carga horária dizem que é mais fácil contratar outro profissional, não sei porque... sinto-me desrespeitada... sobre crescimento, não vejo perspectiva; gostaria que houvesse concurso, mais segurança.” (S5).

“... ainda bem que não relaciono motivação pessoal com remuneração... ganho pessimamente mal, não tem esquema de ascensão, isso não me desestimula: cargo de gerência é abacaxi.” (S7).

“... além de a remuneração ser pouca, sem perspectiva de melhora, não vejo perspectiva de crescimento... ainda acontece de atrasar... isto gera desconforto e desmotivação.” (S4).

“... não existe o cuidar do cuidador... quando a gente se reúne, é só para falar do serviço... e como fica a saúde mental dos trabalhadores?... o salário não favorece nenhum tratamento.” (S6).

“... acredito que poderia ser melhor remunerada...” (S9).

Como em qualquer ambiente de trabalho os fatores higiênicos (salários adequados, cumprimento dos compromissos, condições de trabalho adequadas, boas relações interpessoais) têm que ser garantidos em graus mínimos, para que o trabalhador mantenha um nível baixo de insatisfação, havendo condições para que o indivíduo se sinta estimulado na busca de maiores níveis de satisfação e de objetivos motivacionais maiores como realização pessoal e crescimento profissional (HERZBERG, 1973 apud BERGAMINI, 1996). Nesta perspectiva, torna-se relevante uma adequada política de gestão de pessoas nos serviços de saúde mental favorecendo um clima de trabalho mais motivador e uma melhor qualidade de vida aos profissionais.

No âmbito desta discussão, ações mediadoras de ordem política e econômica alinhadas aos objetivos do serviço prestado no CAPS e à satisfação das necessidades dos profissionais possibilitariam a transformação dos trabalhadores de saúde mental em atores sociais do processo de trabalho, valorizando o seu sentimento de pertencimento a instituição. Os profissionais precisam ser ouvidos e chamados a participar de forma atuante, pois estão inseridos na produção de cuidados em saúde mental, devendo interagir com gestores e coordenadores na construção da prática assistencial. Ademais, reclamam os profissionais, as propostas de soluções devem ser contextualizadas e articuladas à realidade do contexto de trabalho.

As capacitações e supervisões técnicas profissionais são necessárias e apontadas como motivadoras e fortalecedoras do projeto institucional coletivo. No entanto, se faz emergente

que haja espaços coletivos de planejamento para a construção de projetos terapêuticos compartilhados, bem como espaços de escuta terapêutica, onde os profissionais possam sentir-se acolhidos em suas faltas, valorizados em suas necessidades, desejos, e angústias (cuidar do cuidador).

Como fica a saúde mental do trabalhador diante de um contexto de trabalho com tantas faltas, como a precariedade de recursos materiais e humanos, condições de trabalho inadequadas e baixa remuneração? O trabalho do profissional de saúde mental exige grande disponibilidade interna e comprometimento emocional e afetivo do sujeito, pelo que o cuidado com o cuidador e a sua valorização devem ser priorizados pela instituição, a fim de que estes profissionais possam exercer o cuidado dos pacientes com ética, humanidade e responsabilidade.

Dejours, Abdouchelli e Jayet (1994) pontuam sobre as implicações destes fatores contextuais na construção do sentido do trabalho e da necessidade do respeito aos potenciais e limites da condição humana:

[...] os contextos sócio-históricos e a presente conjuntura desfavoráveis à construção do sentido, impeditivas à sublimação, cabe certamente uma efetiva análise, para buscar alternativas capazes de uma renovação favorável a instauração de uma ética do trabalho que prime pelo estabelecimento de alicerces de confiança recíproca e respeito ao trabalhador indispensáveis a desejada construção de sentido (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994, p. 18)

➤ Identificação e valorização no trabalho

A relação que o trabalhador estabelece com seu trabalho é uma relação psíquica entre o trabalhador (história de vida do sujeito, personalidade, interesses, aptidões) e a situação concreta do trabalho (realidade material e social das relações de trabalho). Quando esta relação permite a ressonância simbólica (satisfação de suas necessidades e desejos) proporciona ao indivíduo a produção de significação e sentido do trabalho (identificação pessoal), fato indispensável para que o trabalhador possa desenvolver mecanismos que visem a superar as dificuldades advindas da própria natureza das condições e processo de trabalho.

Assim, de acordo com Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994), mesmo submetido a forças psíquicas desestabilizadoras em seu ambiente laborativo, o indivíduo poderá beneficiar-se do trabalho desde que o mesmo possa proporcionar ao indivíduo vias de descarga da sua energia psíquica, o que corresponde a uma diminuição da carga psíquica do trabalho.

Neste caso, a ressonância simbólica permite que o trabalho proporcione sublimação (diminuição da carga psíquica), tornando-se, desta maneira, um trabalho equilibrante, propulsor de realização pessoal e profissional. Por sua vez, este sentimento de realização e identificação será fortalecido quando o trabalho é também gerador de reconhecimento social e profissional, afigurando-se esta atividade como um meio de inserção social, mediadora da realização pessoal e profissional.

Embora o trabalho do profissional de saúde mental seja considerado desgastante e cansativo pela maioria dos profissionais, estes demonstraram em suas falas o interesse pela atividade e a satisfação pessoal (realização) pelo cuidar do outro, por assistir e vivenciar a evolução do paciente, experimentando os trabalhadores sentimentos de valorização e reconhecimento social na realização da atividade:

“... é cansativo, mas acho importante, gosto... é uma atividade gratificante, realiza... estou contribuindo para que tenham uma vida normal...” (S2).

“... cansativo, porém gratificante... possibilidade de contribuir para que aconteça de fato uma reforma psiquiátrica, contribuir na construção de uma rede de saúde mental em Fortaleza...” (S9).

“... sempre tive interesse em trabalhar com saúde mental, gosto, me identifico... gera grande satisfação em poder ajudar o paciente a sair do quadro...” (S1).

“... acho um bom trabalho... atualmente na área da psiquiatria é o principal... sinto cansaço, mas a melhora do paciente é gratificante...” (S8).

“... comecei trabalhando por indicação, nem tanto por gostar ou por vocação... hoje gosto, me identifico, apesar das dificuldades... a construção da autonomia dos pacientes me gratifica...” (S5).

“... nunca tinha trabalhado com saúde mental... hoje amo saúde mental... na maioria das vezes sinto-me muito gratificada...” (S7).

“... oportunidade de emprego, não tinha experiência, nem pensava em trabalhar com saúde mental... o trabalho tem a ver comigo, gosto, me sinto bem com a equipe... quando vejo a melhora do paciente gratifica...” (S4).

“... fui convidada... uma inovação na minha vida profissional... tento fazer da melhor maneira possível... sinto-me muito bem...” (S3).

“... na verdade não escolhi, foi oportunidade, através de um amigo... não sabia nem o que era um CAPS... atualmente gosto e me identifico com o trabalho, apesar das dificuldades...” (S6).

Apreende-se que o trabalho em saúde mental para os profissionais fortalece sua identidade, possibilitando vivências sublimatórias e satisfação pessoal. Há um investimento afetivo no trabalho, o que conduz à produção de sentido e de gratificação.

Embora a vivência do sofrimento no trabalho esteja presente (manifestado através de sentimentos de frustração, tensão, indignação, impotência, sentimentos contraditórios, nenhuma perspectiva de crescimento profissional, falta de estabilidade e participação nas decisões), a presença da ressonância simbólica viabiliza a transformação do sofrimento patogênico em sofrimento criador e mediador para a saúde. É visível nos profissionais a vontade de promover mudanças no ambiente de trabalho, especialmente quanto às condições e organização do trabalho, fazendo uso de sua inteligência astuciosa. Percebeu-se, portanto, em suas falas a utilização de sua capacidade intuitiva, como forma de enfrentamento das situações adversas de trabalho:

“... muita coisa para fazer esbarra na limitação... estamos sempre na expectativa de que vai melhorar... nos reunimos, fazemos cotas...” (S6).

“... faço as reivindicações e elas dentro do possível são atendidas...” (S4).

“... não estabeleço relação entre remuneração e motivação pessoal... fico triste de não poder sair para participar de outros projetos... não encontro parceiros... isto não faz com que eu desista, procuro fazer sozinha... não fico totalmente feliz... acho que a união faz a força...” (S7).

“... reconheço as dificuldades, mas uso a criatividade e a boa vontade fazendo o melhor para o paciente...” (S2).

“... vontade de fazer sempre algo mais...” (S9).

“... sempre tentando arrumar...” (S8).

Embora o trabalho em saúde mental consista em tarefa significativa para o trabalhador, pois favorece a auto-valorização e o reconhecimento da possibilidade de expressar uma marca pessoal, o indivíduo precisa do reconhecimento social e profissional, traduzido na importância atribuída à sua atividade pela sociedade, gestores, coordenadores, colegas, usuários e familiares. O não reconhecimento do significado do trabalho pelo outro induz ao desestímulo, passando o trabalho a ser visto como algo desinteressante.

No que tange ao prazer e à satisfação no trabalho, asseveram Ferreira e Mendes (2001) que estas sensações são vivenciadas somente quando a atividade favorece a valorização e o reconhecimento. Não basta a realização de uma tarefa significativa, há de ser importante para a organização e para a sociedade.

Os profissionais trazem à discussão a necessidade de uma maior valorização profissional e escuta de suas necessidades (melhoria de salário, concurso público, apoio e cuidado com o cuidador) por parte da gestão em saúde mental.

Com relação à coordenação do CAPS, nas falas a seguir a maioria dos entrevistados refere que existe o reconhecimento das dificuldades, a valorização e confiança no trabalho dos profissionais, a tentativa de escuta e a solicitação de sugestões:

“... bom reconhecimento... solicita opiniões, sugestões, abre para reavaliações...” (S7).

“... reconhece que é muita coisa para mim...” (S6).

“... reconhece a necessidade do serviço... por várias vezes fez tentativas de ampliação da carga horária...” (S5).

“... não me sinto desvalorizado... tenho o meu espaço, que é importante... as reivindicações são escutadas e, dentro do possível, atendidas...” (S4).

“... sinto confiança, reconhecimento, valorização do meu trabalho... procuro responder às expectativas quando sou solicitada a substituir a coordenação.. isto me motiva.” (S1).

“... bom reconhecimento pela coordenação...” (S8).

È importante também pautar que os trabalhadores significaram poucas demonstrações de reconhecimento sobre o seu exercício profissional por parte dos colegas o que leva a crer que as relações de trabalho e a construção coletiva do trabalho precisam ser aprimoradas e valorizadas pelo grupo. Isto implica que o contexto oferecido não apresenta condições necessárias para o desenvolvimento de relações significativas e redes de comunicações informais entre os colegas:

“... percebo que confiam no meu trabalho quando tiram dúvidas sobre o trabalho ou serviço...” (S4).

“... sou muito bem resolvida com o meu trabalho, pedem opinião...” (S7).

“... sinto confiança e reconhecimento de algumas pessoas... algumas não sabem trabalhar em equipe...” (S1).

“... fala de outras especialidades mais importantes... alguns querem interferir no meu trabalho...” (S3).

“... não tem muito tempo para discussões...” (S2).

“... ainda existe a hegemonia do saber médico...” (S6).

O reconhecimento do trabalho por parte de usuários e familiares é traduzido pela vinculação ao tratamento, na procura pelos profissionais, na verbalização sobre a melhora da qualidade de vida do usuário, e pelos elogios acerca do trabalho realizado. Portanto, as possíveis situações de sofrimento e embaraçosas vivenciadas são equilibradas pela contínua demonstração de gratidão externada pela maioria dos usuários e familiares.

Conclui-se que os profissionais de saúde mental se identificam com a essência do seu trabalho, pois gostam do que fazem, têm orgulho da sua atividade, sentem-se úteis e gratificados, reconhecidos socialmente, fatores estes geradores de sentimentos de satisfação no trabalho. Entretanto, a valorização profissional por parte da instituição, coordenação, colegas, usuários e familiares são também reforçadores deste sentimento de identificação e valorização. Na gênese de suas frustrações no trabalho está a falta de estabilidade no trabalho (terceirização), baixa remuneração, falta de perspectiva, falta de cuidado com o cuidador, limitado poder decisório, o que equivale dizer que se mostram insatisfeitos quanto a sua valorização profissional pela instituição. Quanto aos relacionamentos sociais e profissionais, aspectos também reforçadores de sua auto-estima profissional, revelaram sentir necessidade de relações interpessoais mais significativas com colegas.

➤ Vivências geradoras de desgaste físico e emocional

Mostra-se evidente que a saúde dos trabalhadores é consequência da relação complexa e dinâmica entre o trabalhador e a sua atividade de trabalho. O trabalhador quando enfrenta uma série de dificuldades decorrentes da carga de trabalho, pode despender grande esforço no sentido de adaptar-se gerando desgaste físico e/ou emocional. Neste contexto, o trabalho do profissional de saúde por conta de exigências internas e externas freqüentes demandam um esforço constante do profissional, podendo desencadear desgastes quando este esforço sobrecarrega as dimensões físicas e psicológicas do indivíduo, ocasionando danos à saúde do trabalhador.

A tarefa desenvolvida pelo profissional de saúde mental mobiliza a complementaridade de recursos técnicos, emocionais e sociais. Cientes deste fato, os profissionais percebem não só a necessidade de capacitações e supervisões técnicas profissionais, conforme oferecido

pela prefeitura, mas também revelam a urgência no atendimento às suas necessidades emocionais (cuidado com o cuidador) e a urgência de um maior investimento em políticas públicas de saúde mental na construção de redes sociais e institucionais articuladas ao serviço prestado no CAPS, de modo a viabilizar a construção de uma mobilização coletiva socializada, e a criação de parcerias para o tratamento do usuário. Esta proposta possibilitará um compromisso compartilhado das angústias e do processo de transformação a que os profissionais se propõem: redirecionar o atual parque manicomial para uma rede substitutiva de assistência, substituindo progressivamente a presença, hoje hegemônica, do hospital psiquiátrico no tratamento das pessoas com transtornos mentais.

O material empírico evidencia as exigências físicas, emocionais e sociais inerentes às tarefas desenvolvidas pelo profissional em estudo. Isto se mostra claro quando o profissional de saúde mental atuante no Centro de Atenção Psicossocial em análise percebe e vivencia as demandas emocionais, sociais e físicas que intervêm em suas atividades e em seu processo de trabalho como fontes de pressão, susceptíveis de gerar sofrimento tanto no âmbito pessoal quanto profissional. É significativa a expressão nos relatos dos profissionais no que concerne à sobrecarga emocional sofrida na sua rotina de trabalho, geradora de angústia, crises de ansiedade, reações emocionais intensas, sentimentos contraditórios e identificatórios:

“... com saúde mental o mais difícil é o emocional, absorvo o sofrimento do outro, fico ansiosa com as crises, o barulho... às vezes não consigo nem aplicar a medicação...” (S6)

“... trabalho cansativo pela carga de problemas... às vezes há uma identificação com nossos próprios problemas... temos que saber separar as coisas... sofro com o paciente... tristeza e alegria; emocionono-me com os casos; sinto raiva dos familiares quando não dão apoio e maltratam; sofro com o paciente...”(S1)

“... trabalhar com saúde mental é desgastante, cansativo, tem que estar muito atento... pacientes em crise...” (S2)

“... a sobrecarga emocional e o stress do dia a dia são imensos... o sofrimento dos pacientes e familiares com a doença, a falta de perspectivas por parte deles...” (S4)

“... sou muito sensível, a carga de tristeza é grande não só por parte dos usuários, mas também pelos familiares... as dificuldades sociais, problemáticas como abuso sexual, carência econômica nos deixam impotentes...” (S3)

Nota-se que a realidade econômica e as problemáticas sociais que permeiam o portador de transtorno mental dificultam também o trabalho do profissional de saúde mental. Neste sentido foram constantes em suas falas os sentimentos de impotência e frustração:

“... são freqüentes as implicações sociais associadas ao transtorno mental: violência doméstica, fome, relações familiares desestruturadas, falta de compreensão dos familiares quanto ao problema do paciente... por isso as dificuldades de suporte da rede social do município muito dificultam o meu trabalho...” (S5)

“... as dificuldades econômicas do paciente dificultam sua vinculação ao tratamento... dificuldade de deslocamento...” (S3)

“... sinto impotência quanto à realidade externa, família e sociedade... a família não reconhece o sintoma como verdadeiro...” (S7)

“... há ainda por parte dos familiares de baixa renda desconhecimento do trabalho, falta de interesse em tratar, preferindo o internamento... as famílias desconhecem a doença, demonstram falta de interesse e dificuldades para vir ao serviço...” (S1)

É evidente que a demanda emocional e social constitui elemento de carga psíquica no trabalho do profissional de saúde mental, podendo representar fator de desestruturação psíquica quando o trabalhador não se encontra suficientemente identificado com a atividade e preparado emocionalmente e tecnicamente, dificultando assim a sublimação (diminuição da carga psíquica da tarefa), o que provavelmente irá interferir na relação do trabalhador com a sua atividade.

Os profissionais reclamam por um espaço de escuta terapêutica para trabalhar as dificuldades emocionais e sociais que se interpõem ao desenvolvimento de sua atividade. Mostra-se visível em suas falas o apelo destes profissionais por uma maior atenção da gestão ao “cuidar do cuidador”:

“... às vezes tenho crises de ansiedade... não existe o cuidado com o cuidador... o salário não favorece nenhum tratamento” (S6)

“... reconheço a necessidade, mas não há nada de concreto... preciso ser ouvida... preciso de terapia... a grana é curta... o serviço precisa cuidar do cuidador” (S5).

“... precisamos de mais apoio... é preciso ver como está a cabeça de quem cuida...” (S7).

“... preciso saber separar as coisas... carga de problemas, às vezes há uma identificação com nossos próprios problemas...” (S1).

“... sou muito sensível... procuro não pensar...” (S3).

As vivências prazerosas ou desgastantes, geradoras de sofrimento psíquico no trabalho, estão relacionadas à significação da tarefa pelo trabalhador (identificação pessoal), ao reconhecimento social e profissional, a natureza do trabalho desenvolvido constituída pelas exigências da tarefa já discutidas acima, como também referem-se a aspectos da organização do trabalho como estilo de gestão, ritmo, autonomia, participação nas decisões, e relações sociais/ profissionais. Conseqüentemente, a organização do trabalho que permeia a relação existente entre desejo, motivação e comprometimento do trabalhador, pode tornar-se situação de risco gerando desgaste físico e emocional nos profissionais.

As sobrecargas de trabalho vivenciadas pelos profissionais, associam-se principalmente à insuficiência de recursos humanos e à inadequação da carga horária, o que acarreta momentos de tensão e um grande esforço por parte do profissional na tentativa de atender a demanda que se apresenta. Alguns que trabalham 40h consideram a carga horária pesada e desgastante, enquanto outros se queixam que sua carga horária é reduzida para atender as demandas. Assim sendo, fica implícito a importância deste fator no resultado do processo de trabalho dos profissionais e na produção do cuidado, sendo importante fator de desgaste físico e emocional como pode ser visto a seguir em suas falas:

“... em saúde mental todo dia é um dia diferente... tem dias tranquilos, mas tem momentos de sobrecarga, fico dividida, é muita coisa para mim... às vezes tenho crises de ansiedade...” (S6).

“... o excesso de pacientes dificulta a realização do meu trabalho... o ritmo de trabalho é pesado... estou ficando com DORT/LER de tanto escrever...” (S8).

“... a sobrecarga de trabalho é grande, nem contratam outro profissional, nem aumentam minha carga horária... tem momentos que choro...” (S5).

“... a falta de recursos humanos e estrutura física para desenvolver o meu trabalho fazem com que vivencie momentos de sufoco... depende do dia... além de impedir que possa contribuir mais, fazer grupos... isto não permite uma melhor organização” (S4).

“... carga horária é pesada... estou muito cansada precisando de férias... no intervalo perdi a hora ... dormi demais... nunca tinha acontecido comigo...” (S7).

“... não tenho tempo livre... preciso me adaptar ao novo sistema (APACS) tudo tem que ter assinatura do paciente...” (S2).

“... sinto cansaço... tento descansar quando chego em casa...” (S9).

Acerca do ritmo de trabalho, portanto, os profissionais significaram momentos de sobrecarga e de tensão apresentando como respostas a estas situações sinais de desgaste emocional como crises de ansiedade e choro, e sintomas físicos (cansaço, sonolência, DORT/LER).

No exercício de suas tarefas, os trabalhadores apontaram autonomia dentro de suas ações técnicas e terapêuticas específicas. No entanto, foi freqüente o desejo de maior participação na gestão do equipamento institucional, mostrando-se insatisfeitos quanto à força de sua palavra para implementar uma mudança mais ágil na realidade de trabalho (impossibilidade de modificar a situação, participar nas decisões). Além disso, conceberam certa subordinação hierárquica em suas ações evidenciadas a seguir:

“... as decisões são pré-fabricadas, informadas... a coordenação abre para reavaliações... decisões tomadas lá de cima...” (S7).

“... apesar da autonomia dentro do que faço diariamente com os usuários, qualquer projeto individual tem que ser informado e discutido em reunião...” (S3).

“... no meu trabalho existe certa rotina, mas posso modificá-lo... algumas reivindicações minhas são atendidas pela coordenação, outras percebo não tem alçada para decidir...” (S4).

“... tenho autonomia dentro da área, minhas propostas são estudadas pela coordenação, mas muito não depende de sua vontade...” (S5).

“... tenho autonomia para lidar com decisões relativas a minha atividade... sobre outras decisões que não tem a ver com minha atividade não participo muito...” (S6).

Os profissionais mostraram, por meio de suas falas que o estilo de gestão desenvolvido no CAPS exerce certo controle institucional sobre suas ações e projetos; estes vivenciaram autonomia em suas atividades técnicas porém são desautorizados em responsabilizar-se por iniciativas mais amplas além de assumirem a sua impossibilidade de modificar os constrangimentos vivenciados pelas limitações impostas do contexto de seu trabalho. Tudo isso gera no trabalhador sentimentos de frustração e impotência, resignação, desmotivação, desencadeando por isso uma sensação de incapacidade de modificar a realidade e por outro lado uma sensação de que sempre poderiam fazer mais.

A natureza do trabalho do profissional de saúde mental no CAPS, mediante o exposto, encerra grande envolvimento emocional, além de estar em jogo dificuldades na realização da tarefa em razão da realidade sócio-econômica dos usuários. Desta forma, faz-se necessário uma maior preocupação com a saúde mental do cuidador e um fortalecimento efetivo de políticas públicas sociais, inclusive para familiares, visando à redução das necessidades sociais insuperáveis que comprometem o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde mental.

As exigências emocionais e sociais mostraram-se principalmente geradoras de desgaste emocional enquanto o ritmo de trabalho, conforme demonstrado, mostrou-se gerador de desgaste físico e emocional. Os profissionais vivenciaram insatisfação decorrente do seu limitado poder de influenciar mudanças no ambiente de trabalho.

➤ Relações sociais e profissionais conflituosas

As relações sociais de trabalho na perspectiva Dejouriana incluem todos os laços humanos criados pela organização do trabalho, envolvendo as relações hierárquicas (com gestores e coordenadores), as interações com colegas, usuários e familiares. As pessoas interagem no sentido de construir a organização real do trabalho, o que poderá amenizar seu sofrimento decorrente de conflitos técnicos e interpessoais.

Pensa-se que quanto maior a discrepância entre a tarefa prescrita e atividade real, maiores serão os conflitos no trabalho e o custo psíquico para o trabalhador ao realizar um esforço permanente a fim de dar conta da realidade, muitas vezes incompatível com seus investimentos psicológicos e suas limitações pessoais. Os indivíduos no entanto, para dar conta deste esforço desenvolvem estratégias individuais e coletivas buscando preservar a sua saúde mental a despeito das mais diversas pressões enfrentadas. O custo psíquico ocasionado pelas diferenças entre tarefa prescrita e atividade real, nos termos de Ferreira e Mendes (2001), traz conseqüências para a organização do trabalho, afetando a realização da tarefa em si e as relações sociais e profissionais existentes.

As relações de trabalho desenvolvidas no trabalho do profissional de saúde mental são frutos da dinâmica interna (funcionamento da equipe de trabalho) em interação com a dinâmica externa do serviço. Esta interação mostra-se bastante complexa, com implicações na relação estabelecida entre o profissional e a sua atividade. Neste contexto, ressalta Siqueira (1991) citado por Lima Júnior e Èsther (2001), as relações sociais e profissionais, no interior de qualquer organização (no caso, o CAPS) sofrem influências de variáveis internas (condições e organização do trabalho), externas ao ambiente organizacional (no caso, a Política de Saúde Mental do País, Estado e Município, outras instituições, associações) e da sociedade (concepções sobre a doença mental, preconceitos e estigmas).

Sendo assim, no contexto do CAPS em estudo foi constatada a complexidade destas interações. Os relacionamentos sofrem impactos não só das condições e organização do trabalho (funcionamento interno, relações com usuários e familiares) mas da política de saúde do estado e município, da gestão colegiada de saúde mental do município, da rede de suporte social, associações e outras instituições que interagem com a realidade do serviço (dimensões externas influentes na realidade concreta e social do serviço).

Os profissionais reconheceram o esforço da coordenação no sentido de desenvolver um bom relacionamento por meio da escuta e valorização da palavra do profissional, busca de consenso na solução de problemas, estímulo à autonomia e reconhecimento das necessidades do serviço. Todavia, mostraram freqüentes queixas em relação à coordenação quanto às suas dificuldades em atender suas solicitações. A ausência constante da coordenação no cotidiano do trabalho foi também considerada pelos profissionais. Estes fatos revelaram as circunstâncias institucionais internas e externas que interagem na qualidade dos relacionamentos no trabalho. Os seguintes fragmentos das falas registram esta questão:

“...reconheço que a coordenação não tem alçada... a maioria das decisões vem de cima para baixo... tento fazer meu trabalho e continuar solicitando... as reivindicações são dentro do possível atendidas, mas muito depende do colegiado e do distrito de saúde...” (S4)

“... a coordenação já fez de tudo e reconhece a necessidade de outro profissional ou ampliação da carga horária...” (S5)

“... as decisões são pré-fabricadas, informadas... a coordenação abre para reavaliações... decisões tomadas lá de cima.” (S7).

“... as solicitações externas fazem com que a coordenadora esteja sempre ausente... sinto falta de sua presença...” (S7)

“... a coordenadora fica sempre fora em reuniões...” (S6)

“... há solicitação da coordenação para sugestões, projetos e inovações...” (S1)

Os profissionais demonstraram que sentem falta de um espaço de construção coletiva de trabalho. Há uma tentativa por parte da coordenação em propiciar este espaço através de reuniões semanais, porém mostrou-se implícito no discurso dos profissionais que não há espaço para planejamento de projetos terapêuticos, para a reavaliação das ações e resultados terapêuticos e nem mesmo para o compartilhamento de questionamentos e estabelecimento de novas estratégias de ação. As reuniões semanais dizem respeito, principalmente, às problemáticas administrativas, não suprimindo a necessidade dos entrevistados quanto à

realização de reuniões para discussões de casos. Mediante o exposto faz-se importante observar como comunicaram os profissionais estas idéias:

“... nas reuniões somente são discutidos problemas administrativos... sinto falta de reuniões para discussão de casos, tenho dificuldades de manejo de caso...” (S1)

“... não tem muito tempo para discussões... nas reuniões são discutidos todos os assuntos... sinto falta de reuniões para discussões de casos...” (S2)

“... reuniões específicas para procedimentos... quando nos reunimos só se fala do serviço...” (S6)

Nas entrevistas, os profissionais enfatizaram a dificuldade em desenvolver um trabalho de equipe interdisciplinar, que segundo Vieira Filho e Nóbrega (2004) consiste em processo de trabalho indispensável à integralidade das ações em saúde mental, otimizando o compartilhar do planejamento terapêutico através da articulação de saberes, da complementaridade de práticas e da colaboração comunitária e solidária.

Embora alguns profissionais insistam em afirmar que existe um trabalho de equipe, em vários momentos de suas entrevistas refletiram uma realidade em construção. As dificuldades em desenvolver ações terapêuticas interdisciplinares foram pontuadas no discurso dos mesmos, bem como a falta de estrutura do serviço para dar suporte às referidas ações:

“... a minha comunicação com a equipe é muito boa... mas os assuntos discutidos na reunião não têm muito a ver com minha atividade... o que a coordenação acha na maioria das vezes é o que vale” (S6)

“... ainda existe a hegemonia do saber médico, este não tem tempo para a equipe...” (S6)

“... nas reuniões, os colegas são tímidos em se colocar... a equipe interage pouco e precisa ser mais unida...” (S7)

“... não tenho tempo para fazer outras coisas importantes... grupos, reavaliação de casos... frustra-me o imediatismo do serviço” (S5)

“... alguns profissionais querem interferir no meu trabalho, cobranças de performances...” (S3)

“... certas especialidades se acham mais importantes... isto dificulta o trabalho em equipe” (S3).

“... algumas pessoas não sabem trabalhar em equipe... não aderem ao combinado... falta uniformização no trabalho, informações diferentes... isto prejudica a imagem do serviço...” (S1).

“... o meu trabalho consiste em administrar o serviço...” (S9).

“... existe consenso na maioria das vezes... sinto falta de reuniões para discussões de casos...” (S2).

Mostra-se notória a dificuldade dos profissionais de trabalhar em uma equipe interdisciplinar, tendo em vista o fortalecimento do status de algumas profissões em detrimento de outras, a indisponibilidade de tempo de alguns profissionais e a organização do trabalho que não enseja uma interação sadia entre os profissionais, fatores estes que tornam inviável a criação de um espaço psicoterápico marcado pela dialogicidade (VIEIRA FILHO; NÓBREGA, 2004). Emergiram deste contexto soluções individualizadas, negação de conflitos interpessoais e justificativas racionais no sentido de explicar as dificuldades de relacionamento e interação que implicam em atitudes de desconfiança e de pouco envolvimento em discussões e trocas coletivas. Eis o que dizem alguns dos profissionais:

“... alguns colegas confio, outros não... sinto cobranças de performances, querem interferir no meu trabalho...” (S3).

“... não tenho problemas de relacionamento com os colegas... percebo que confiam no meu trabalho porque tiram dúvidas sobre o trabalho ou serviço...” (S4).

“... na maior parte me sinto bem com as pessoas, existe cooperação...” (S6).

“... sou muito bem resolvida com o meu trabalho... pedem opinião... acho que os profissionais interagem pouco...” (S7).

“... não tem muito tempo para discussões e interações... as reuniões acontecem uma vez na semana para todos os assuntos...” (S2).

“... confiança e cooperação, sinto de algumas pessoas... tenho dificuldades de manejo de casos...” (S1).

Os profissionais não expressaram propriamente problemas de relacionamento com usuários e familiares. Queixaram-se apenas que alguns familiares não acreditam no serviço, não cooperam e são inábeis em lidar com o transtorno mental, o que ocasiona muitas vezes, a não vinculação ao tratamento e a preferência pelo internamento. No tocante aos usuários, por fim, as dificuldades de relacionamento decorreram, principalmente, da própria patologia. E diante disto, os profissionais disseram:

“... a maioria dos familiares coopera... os usuários têm dificuldades de falar sobre seus próprios sentimentos...” (S2).

“... a família não reconhece o sintoma como verdadeiro, paciente preguiçoso... os usuários, com a melhora, se dão alta; param de tomar a medicação, somem...” (S7).

“... os familiares ajudam, mas também atrapalham... quando o paciente tem certa autonomia querem falar por ele... muitos usuários querem que eu dê um jeitinho para tudo, receita rasurada, sem receita... fica difícil para eles entenderem o meu lado...” (S4).

“... em geral não tenho problemas com usuários e familiares...” (S8).

“... alguns usuários resistem a vir pela própria patologia... as famílias desconhecem o trabalho, ainda preferem internar...” (S1).

“... muitos familiares têm o paciente como um peso e faltam consultas... percebo mudanças de postura... isto gratifica muito... percebo grande evolução nos pacientes assíduos ao tratamento... isto também gratifica...” (S5).

“... muitas vezes as famílias queixam-se de cansaço, desesperança... os usuários participam bem... boa interação... isto me faz muito bem...” (S3)

“... muitos familiares não sabem lidar com o sofrimento psíquico... lidar com saúde mental é complicado... as reações dos usuários às vezes são estranhas... reagem com ingratidão por mais que tratemos bem...” (S6)

Assim, inserido em um equipamento com proposta de atenção psicossocial repleto de inadequações entre a organização prescrita (gestão centralizada, intervenção psicossocial com foco na interdisciplinaridade, ações intersetoriais) e real (rede de suporte social precária, condições de trabalho precárias, dificuldades de trabalhar na perspectiva interdisciplinar) desenvolve o profissional um esforço permanente para dar conta das dificuldades desencadeando um custo psíquico com implicações nas relações sociais e profissionais e em seu desempenho.

➤ Angústias, contradições e defesas

As precárias condições de trabalho e as pressões exercidas pela organização prescrita no trabalho são fatores que, segundo Dejours (1992), podem vir a desencadear doenças psíquicas e somáticas quando o trabalhador não encontra espaço, no seu ambiente de trabalho, nem meios de amenizar o sofrimento relacionado a sua atividade.

Desta forma, conforme assinalam Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) o trabalhador desenvolverá uma luta contra as adversidades decorrentes do trabalho, utilizando-se de estratégias defensivas, individuais e coletivas, de modo a impedir que este sofrimento favoreça a destruição de seu aparelho psíquico, levando-o a uma descompensação psíquica ou somática. O mecanismo de defesa consiste em um processo do qual se utiliza o sujeito para controlar a luta do ego contra idéias e afetos dolorosos ou insuportáveis (FREUD, 1894 apud ANNA FREUD, 1968).

Quando o exercício do trabalho não viabiliza atividades laborais significativas, deixa de proporcionar aos profissionais vivências de auto-realização e sublimatórias. Neste contexto, as pessoas lançam mão de processos mentais ou defesas que as auxiliam a lidar com angústias e a suportar situações adversas que permeiam o contexto de trabalho. Nesta perspectiva, o

indivíduo utiliza as mais variadas defesas (mecanismos de defesas individuais) descritas por Anna Freud (1968):

- racionalização: caracterizada pelo emprego de justificativas lógicas e racionais em face das situações de conflito, possuindo a finalidade de minimizar o contato com a realidade que causa o sofrimento;

- projeção: é expressa através do comportamento de acomodação, resignação e passividade para justificar a não transformação das situações de trabalho, atribuindo-se o poder de mudança a forças externas, numa tentativa de evitar o tédio, a desmotivação e o desinteresse pelo trabalho;

- negação: significa a incapacidade do eu em enfrentar o conflito, ocasionando a negação do sofrimento e caracterizando-se pela fuga das discussões e do pensar sobre.

- identificação: ocorre quando um indivíduo tem sentimentos semelhantes aos de outrem, feliz com o que lhe dá felicidade e vice-versa.

- formação reativa: consiste em ostentar um procedimento e externar sentimentos opostos aos impulsos verdadeiros;

- somatização: é um processo utilizado quando um conflito não consegue encontrar uma resolução mental, desencadeando no corpo desordens endócrino-metabólicas, e constituindo, portanto, o ponto de partida para uma doença somática;

- sublimação: consiste na transformação de impulsos inaceitáveis ou não realizáveis, e vivências de sofrimento em atitudes, ações e vivências aceitas, em geral, úteis e construtivas para o indivíduo.

Para Wollheim (1971) citado por Mendes (1996), ao utilizar estas defesas, o trabalhador busca, por meio da luta do ego contra as vivências de sofrimento no trabalho, mecanismos individuais inconscientes capazes de amenizar o sofrimento. Estas defesas assumem, portanto, uma função integrativa ou construtiva na vida psíquica do trabalhador favorecendo uma maior adaptação deste às condições dolorosas das situações adversas de trabalho que ameaçam sua saúde.

Por outro lado, refere Seligmann-Silva (1994), que embora as defesas sejam importantes na autoproteção contra o mal-estar psíquico e, conseqüentemente, na preservação da saúde mental do indivíduo, poderão trazer prejuízos para a saúde mental do indivíduo quando decorrentes do uso constante e exacerbado, distanciando-o da realidade que o faz sofrer.

Isto porque, ao mesmo tempo em que as estratégias individuais e coletivas de trabalho favorecem condições estabilizadoras que neutralizam o sofrimento dos trabalhadores, estes comportamentos defensivos atuam de modo a ocultar o sofrimento, impedindo que o trabalhador tenha consciência dos reais motivos que estão por trás deste sentimento, impossibilitando-o de utilizar os recursos de personalidade, inteligência e discussão coletiva a fim de transformar o sofrimento em prazer (sofrimento criativo).

Dejours (1992) pontua que as estratégias defensivas coletivas de trabalho diferenciam-se dos mecanismos de defesas individuais estudados pela psicanálise, sendo aquelas uma construção social, por meio das quais cada categoria profissional expressa comportamentos específicos que podem variar dentro da mesma categoria, característicos do coletivo de trabalho, normalmente construídos no sentido de desafiar a tensão que ocorre no dia a dia.

Este coletivo de trabalho, caracterizado por estratégias defensivas, com suas regras e consensos, quebra-galhos, improvisação, atitudes de coragem, resistência à dor, força física, auto-aceleração, passividade, individualismo, consumo de álcool, dentre outros, vem fortalecer a coesão e estabilidade do grupo de trabalho para enfrentar as pressões psicológicas do trabalho, podendo, no entanto, levar ao desencorajamento e resignação diante das situações adversas provenientes do processo de alienação que bloqueia qualquer tentativa de transformação da realidade, da mesma forma que acontece com os mecanismos de defesas individuais.

Reafirma-se, assim, a importância da escuta a partir das verbalizações dos profissionais, como realizada na presente pesquisa, pois é a partir da análise do conteúdo latente presente no conteúdo da fala do trabalhador que se torna possível a compreensão dos comportamentos defensivos utilizados como forma de enfrentamento as situações de sofrimento vivenciadas no CAPS.

As falas dos entrevistados versaram sobre a inexistência de condições de trabalho satisfatórias (falta de recursos humanos, tecnológicos e materiais; insatisfação com remuneração; nenhuma perspectiva de crescimento e estabilidade), contribuindo para que o trabalhador vivenciasse angústia, cansaço, desmotivação, indignação, frustração, sentimento de impotência, resignação e injustiça dando lugar a mecanismos de defesas individuais como projeção e racionalização:

“... sinto angústia... na expectativa que vai melhorar, a minha reação é de espera...” (S6)

“... sou mal remunerada, sem perspectiva, ganho o que o serviço geral ganha... não ganho insalubridade... acho ruim, mas me acomodo, não vou atrás...” (S6)

(projeção)

“... como não vejo eficácia e não posso resolver, sinto-me cansada e frustrada...” (S5)

“... tenho ainda momentos de revolta, extravaso com os amigos, outras vezes não há muito que fazer...” (S5)

(projeção e racionalização)

“... não estabeleço relação remuneração com satisfação... ganho pessimamente mal.. não tem esquema de ascensão... isto não me desestimula, cargo de gerência é abacaxi...” (S7)

(racionalização)

“... diante das dificuldades uso a criatividade e boa vontade, fazendo o melhor para o paciente...” (S2)

“... falta de estabilidade, falta de perspectiva, investem em capacitação para quê?...” (S2)

“... tenho duas especializações pela prefeitura, isto motiva...” (S2)

(racionalização)

“... não expando o que faço, não tento crescer porque não posso... faço então o exigido pela rotina do meu setor...” (S4)

(projeção e racionalização)

O comportamento defensivo de resignação, acomodação e o mecanismo de atribuir explicações coerentes para justificar as condições de trabalho ocorrem no sentido de minimizar esta situação que o faz sofrer. Assim resulta um papel passivo do trabalhador justificando a aceitação de uma situação que acredita que só pode ser mudada por forças externas, isentando-se da responsabilidade de transformação da realidade.

Os profissionais consideraram que o cuidar do sofrimento psíquico do outro, haja vista as múltiplas determinações emocionais e sociais envolvidas, é capaz de despertar no profissional sentimentos contraditórios (tristeza *versus* alegria, realização *versus* impotência, gratificação *versus* desgaste, compaixão *versus* amor, culpa *versus* ansiedade), bem como

sentimentos fortes como piedade, angústia, tensão, cansaço ocasionando principalmente a utilização das defesas individuais (negação, identificação e racionalização) como forma de convivência com este sofrimento suscitado. Estas falas traduzem esta realidade:

“... a carga de tristeza é grande, sou muito sensível... mas procuro desconectar, não pensar... procuro ter sempre bom humor...” (S3)

(negação e racionalização)

“... às vezes sofro com o paciente, me emociono... não deixo transparecer... depois procuro me desligar, se for absorver tudo a gente sofre mais...”(S1)

“... quando trabalho com os meus pacientes estou me trabalhando também... muitas vezes dou o conselho que estou precisando ouvir...” (S1)

(negação, racionalização e identificação)

“... mas absorvo o sofrimento do outro... fico ansiosa com as crises, barulho...” (S6)

(identificação e racionalização)

“... não tenho dificuldades de lidar com as exigências físicas, emocionais e sociais...” (S2)

“... ambiente tenso pelas dificuldades de apoio, situação da casa área de risco...” (S2)

“... trabalho cansativo, desgastante (pacientes em crise)...” (S2)

(racionalização e negação)

“... sinto cansaço... tento descansar quando chego em casa... nenhuma exigência física, emocional e social...” (S9)

(negação e racionalização)

Na verbalização os profissionais atribuíram ao ritmo de trabalho fator de desconforto mental e físico. Alguns entrevistados apresentaram diante dos momentos de sobrecarga, crises de ansiedade e choro, sentimentos de culpa, cansaço, sonolência, utilizando principalmente mecanismos de defesas individuais como negação e somatização. Este fato pode ser revelado a partir destas falas:

“... normalmente é tranquilo, mas tem momentos de sobrecarga, que cansa e tira a saúde mental da gente... suporto o momento, não reclamo mas depois tenho crises de ansiedade, angústia, dor de cabeça...” (S6).

(somatização)

“... tem momentos que minha cabeça fica a mil, choro... não dei respostas às necessidades... sentimento de culpa... ainda bem que durmo muito, sonolência exagerada...” (S5).

(negação)

“... já tive insônia, cansaço, angústia... quando saio procuro desconectar, não pensar...” (S3)

(somatização e negação)

“... tive alguns picos hipertensivos por conta de stress, enxaqueca às vezes, uma vez ou outra insônia...” (S4).

(somatização)

È bom ressaltar que o esforço físico despendido muitas vezes não resulta em somatização e sim em adoecimento mesmo:

“... ritmo de trabalho pesado, sinto cansaço... estou ficando com DORT / LER de tanto escrever...” (S8).

“... carga horária pesada... estou muito cansada... ainda bem que vou sair de férias... agora no intervalo dormi demais, perdi a hora...” (S7).

“... sinto cansaço, tento descansar quando chego em casa...” (S9).

Quando o profissional nega a realidade que o faz sofrer, o seu organismo termina por sofrer as conseqüências deste não enfrentamento, através de manifestações de doenças psicossomáticas (gastrite, enxaqueca, insônia, tendinite, picos hipertensivos).

É preciso otimizar e incentivar o espírito de equipe, a interação social e a interdisciplinaridade, uma vez que os profissionais manifestaram, principalmente, estratégias defensivas características de ideologias defensivas coletivas baseadas no individualismo:

“... sinto cobranças de performances, querem interferir no meu trabalho...” (S3)

“... tento fazer meu trabalho, cumpro a rotina, não expando o que faço, não tento crescer... continuo solicitando...” (S4)

“... sou muito resolvida com o meu trabalho...” (S7).

“... penso em fazer realizações rápidas, não encontro parceiros... mesmo assim vou só. Não fico feliz... a união faz a força” (S7).

“... não tem muito tempo para discussões e interações, reuniões uma vez na semana...” (S2).

“... diante das dificuldades uso a criatividade e boa vontade...” (S2)

“... sozinha no setor... só consigo dar conta da demanda imediata... frustra-me o imediatismo do serviço...” (S5).

“... tenho que ser seletiva, deixo de fazer outras coisas importantes...” (S5).

“... somente atendo pacientes por falta de tempo, não faço grupos ou visitas... participo das reuniões semanais...” (S8).

“... falta material... às vezes compro do meu bolso...” (S1).

Dejours, Abdouchelli e Jayet (1994) dizem que este comportamento defensivo denota uma desorganização dos vínculos afetivos e profissionais entre os trabalhadores, além de comportamentos como desconfiança sistemática e fechamento em uma autonomia máxima. Este individualismo resulta, portanto, de um sentimento de impotência face às situações que causam o sofrimento, como a falta de cooperação, de confiança, de socialização de regras, de separação entre planejamento e execução das tarefas, e de desestruturação das relações sociais e profissionais, optando o trabalhador pelo não envolvimento e pela fuga a discussões.

Além do individualismo, utilizaram os profissionais em sua organização real do trabalho estratégias defensivas como improvisação (pelo uso da inventividade, imaginação e criatividade) e passividade. Como partes destas práticas fizeram uso de cotas visando suprir as

carências de recursos, sendo esta uma das poucas mobilizações coletivas utilizadas pelos profissionais.

Nestas falas a seguir o uso da improvisação ou soluções paliativas mostrou-se freqüente:

“... uso a criatividade e boa vontade, fazendo o melhor para o paciente...” (S2).

“... como não tem verba... sempre fazendo cotas...” (S2).

“... recursos disponíveis, como não tem verba, sempre fazendo cota...” (S3).

“... às vezes nos reunimos, fazemos cota...” (S6).

“... sempre tentando arrumar...” (S8).

“... tentar resolver ou amenizar dificuldades...” (S9).

“... falta de recursos materiais... às vezes compro do bolso...” (S9).

A passividade como estratégia defensiva segundo Mendes (1996) relaciona-se a um comportamento de acomodação e aceitação da realidade para justificar a não transformação das situações de trabalho. As verbalizações a seguir retrataram o papel passivo de alguns profissionais diante das dificuldades vivenciadas:

“... falta de instrumento para o trabalho... só temos um pandeiro emprestado e um violão doado...” (S3).

“... diante das dificuldades é melhor não pensar...” (S3).

“... tento fazer meu trabalho e continuar solicitando... não expando o que faço, não tento crescer...” (S4)

“... às vezes extravaso com os amigos... outras vezes não há muito que fazer...” (S5)

“... sou mal remunerada... ganho o que o serviço geral ganha... sem insalubridade... acho ruim, mas não vou atrás...” (S6)

“... não realizo grupos ou visitas familiares por falta de tempo..” (S8)

Contra o sofrimento, a ansiedade e a insatisfação no trabalho os trabalhadores constroem mecanismos de defesas individuais e estratégias defensivas que precisam ser compreendidas. Estas angústias, contradições e defesas, como parte desse sistema defensivo, precisam ser reveladas para que o sofrimento disfarçado ou mascarado segundo Dejours (1992) possa ser identificado, reconhecido e transformado fazendo evoluir uma relação com o trabalho menos conflituosa e mais saudável.

A análise psicodinâmica do trabalho diz ser na palavra, e através dos sistemas defensivos expressos em seu conteúdo latente que se pode realizar a leitura do sofrimento do trabalhador. Isto remete a importância de se oportunizar no ambiente de trabalho este espaço da palavra e de escuta capaz de acolher estas angústias e este sofrimento vivenciado.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou, utilizando a perspectiva psicodinâmica Dejouriana, uma melhor compreensão da subjetividade dos profissionais de saúde mental em confronto com a política de saúde mental atual e sua realidade de trabalho, através da análise de suas representações vinculadas à relação prazer, sofrimento e trabalho, com o intuito de favorecer reflexões, e buscar diagnósticos e soluções para os problemas característicos desses recursos humanos, bem como fundamentar mudanças e ações que promovam o aprimoramento do processo de trabalho baseado em práticas terapêuticas psicossociais.

Fundamentado na perspectiva psicodinâmica, a partir da fala dos entrevistados, buscou as inter-relações entre as várias determinações físicas, materiais, instrumentais, organizacionais, sociais e políticas do contexto e a organização do trabalho quanto às vivências de sofrimento e prazer do profissional de saúde mental. As informações e relações emergiram, mostrando-se evidente a presença de situações geradoras de sofrimento ao lado de fatores considerados gratificantes e reveladores de sentimentos de prazer no trabalho.

Diante das idéias que foram sendo formuladas ao longo desta investigação, configuraram-se fatores relevantes significados pelos profissionais como determinantes das vivências de sofrimento no trabalho do Centro de Atenção Psicossocial em estudo, norteados pela abordagem psicodinâmica do trabalho. Segundo Guimarães e Macedo (2003), a Psicodinâmica do trabalho que referenciou a presente pesquisa é fruto de estudos que vêm sendo consolidados, na França, desde os anos 80 e no Brasil, nos anos 90, especialmente a partir dos estudos realizados por Dejours, desde 1987.

Considerando que a atividade do profissional de saúde mental lida constantemente com a dor e o sofrimento psíquico do outro conforme mencionam Sentone e Gonçalves (2002), exigindo do profissional competência técnica e equilíbrio emocional para fazer frente aos constantes desafios impostos pela natureza de sua tarefa, evidenciou-se a necessidade de compreender como este profissional significa e enfrenta as situações geradoras de sofrimento no Centro de Atenção Psicossocial em análise a fim de que estas não venham a se constituir em obstáculos ao bem-estar pessoal, ao desempenho profissional e a qualidade da assistência prestada neste equipamento de saúde mental.

A partir do questionamento suscitado por esta investigação, identificou-se que a natureza da tarefa do profissional de saúde mental proporciona ao mesmo tempo vivências de satisfação, prazer e sofrimento psíquico. Os fatores que os profissionais apontaram como fonte de satisfação e prazer referiram-se principalmente a ressonância simbólica vivenciada por identificar-se com a proposta de trabalho de saúde mental, ser uma atividade gratificante por sua utilidade e de grande reconhecimento social, aspectos que propiciam a realização pessoal e profissional. Além disso, relataram sentimentos positivos geradores de satisfação, oriundos das demonstrações de carinho, gratidão e confiança desenvolvidos no relacionamento com usuários e familiares.

No entanto, as grandes exigências emocionais e sociais originaram manifestações de sofrimento como tristeza, angústia, sentimentos contraditórios e identificatórios nos trabalhadores, uma vez que, o trabalho torna-se desgastante decorrente do envolvimento com os problemas emocionais provenientes do comprometimento transferencial e afetivo que pode ser desenvolvido na relação com o usuário. Quanto às exigências sociais, foi possível verificar que as problemáticas sociais freqüentes dos usuários aliadas à falta de suporte da rede de assistência social favorecem a não resolutividade do serviço, desenvolvendo nos profissionais sentimentos de culpa, frustração, reações emocionais intensas e a sensação de que sempre poderiam fazer mais. As defesas individuais utilizadas para minimizar estas manifestações de sofrimento como tristeza, angústia, sentimentos de culpa e impotência foram projeção, racionalização, negação, identificação e atividades sublimatórias.

No que tange à valorização dos profissionais por parte daqueles que estruturam o serviço do CAPS, os trabalhadores mostraram-se insatisfeitos, injustiçados e desmotivados com a baixa remuneração, falta de estabilidade (terceirização) e perspectiva de crescimento, gerando a não realização de seus sonhos e não atendimento a suas necessidades. Frente a esta realidade é importante que se faça um maior investimento em recursos financeiros na saúde mental, tornando possível condições de trabalho mais adequadas e realização de novos concursos públicos, ações que acarretarão melhorias na auto-estima do profissional com reflexos em um atendimento mais humanizado e de melhor qualidade.

As condições de trabalho como falta de recursos materiais, tecnológicos e humanos ocasionaram sentimentos de impotência, resignação, insatisfação, desgaste físico e emocional claramente vinculados ao sofrimento psíquico no trabalho. Os trabalhadores frente a estas

situações lançaram mão de mecanismos de defesas individuais tais como racionalização e projeção, e estratégias defensivas tais como improvisação, passividade e individualismo.

As falas dos sujeitos sobre a organização do trabalho prescrita indicaram estilo de gestão centralizada (presença de subordinação hierárquica em suas ações, não participação nas decisões), dificuldades de trabalhar em equipe na perspectiva interdisciplinar e momentos freqüentes de sobrecarga de trabalho, aspectos determinantes de desconforto no ambiente laborativo o que acabou por comprometer as relações sociais e profissionais, e sobremaneira, as metas sociais, de qualidade e humanização do atendimento. As verbalizações dos entrevistados demonstraram que os constantes momentos de sobrecarga de trabalho aliados a um ambiente de muitas faltas e dificuldades de apoio determinaram grande tensão, gerando nos trabalhadores sinais de cansaço, crises de ansiedade e desgaste físico e emocional, sendo freqüentes sintomas psicossomáticos como enxaquecas, sonolência exagerada, gastrite, tendinite, picos hipertensivos. Neste contexto, as estratégias defensivas individuais mais utilizadas foram negação, racionalização, somatização e sublimação. Dentre as atividades sublimatórias foram comuns o esporte, atividades de relaxamento e lazer.

Os profissionais revelaram, então, impossibilidade de promover mudanças a nível intra-institucional, proveniente do limitado poder decisório quanto às transformações das condições de trabalho. Não há como negar que a coordenação do serviço, apesar de seu restrito poder de deliberação, tencionou desenvolver no CAPS em estudo uma gestão participativa, na medida em que valorizou a autonomia dos profissionais e o envolvimento dos mesmos na discussão dos problemas. Todavia, a centralização administrativa e financeira característica dos serviços de saúde impediu a efetivação desta gestão participativa coletiva.

A insuficiência de recursos humanos para atender a demanda do serviço e a falta de disponibilidade de tempo de alguns profissionais não oportunizaram espaços para discussões coletivas e para o desenvolvimento de um trabalho terapêutico interdisciplinar, refletindo deste modo um trabalho sem dialogicidade e pouco articulado. Em decorrência das dificuldades de interagir e trabalhar como uma equipe de trabalho na perspectiva interdisciplinar, as relações sociais e profissionais mostraram-se comprometidas, prevalecendo as reclamações, falta de diálogo, atitudes de desconfiança, não uniformidade nas normas e regras estabelecidas e a não formação de vínculos afetivos e sociais entre os colegas optando os profissionais por soluções predominantemente individualistas.

Nas verbalizações foram identificadas, portanto, um anseio por maior oportunidade de interação, espaço para discussões de casos e desejo de trabalhar a horizontalidade nas relações, sem a predominância de umas especialidades sobre outras. Verificou-se ainda que os profissionais desconhecem como trabalhar a interdisciplinaridade, pois não existe na organização real uma consolidação efetiva desta prática. Importante enfatizar que a realização de atividades de grupos com usuários na presença de mais de um profissional, reuniões semanais para tratar da rotina do serviço e supervisões mensais sobre o projeto terapêutico não significam interdisciplinaridade.

Dessa forma, o atendimento terapêutico oferecido no CAPS permanece fragmentado, deixando-se de lado a integralidade do cuidado, por isso a necessidade de investimentos no sentido de integrar a equipe de profissionais e desenvolver o diálogo interdisciplinar. Desta feita, é preciso para a implementação da atual reforma psiquiátrica diretrizes por parte da gestão no sentido de capacitação e consolidação da interdisciplinaridade, que ainda mantém-se na organização prescrita desta nova modalidade de atenção e no discurso dos trabalhadores, estando sua efetivação na organização real do trabalho ainda ausente, com a manutenção de relações de poder entre as diversas categorias profissionais, ensejando obstáculos à efetivação do projeto terapêutico psicossocial almejado pela reforma psiquiátrica.

A interdisciplinaridade mostra-se imprescindível à superação do modelo hospitalocêntrico de assistência em saúde mental e a implementação desta nova prática psicossocial, sendo necessária a formação de profissionais de saúde sintonizados com esta nova realidade, habilitados a desenvolver propostas terapêuticas interventivas construídas com base na visão holística, complementaridade dos saberes e integralidade do cuidado.

A integralidade do cuidado e a humanização de qualquer atendimento em saúde perpassam pelo conceito de integralidade das ações no qual os diversos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde (gestores, trabalhadores, usuários, familiares e comunidade) devem participar ativamente. Isto só será possível com uma política de gestão participativa e dialógica nos serviços de saúde mental, quando os trabalhadores poderão participar ativamente, sendo capazes de influenciar e transformar suas condições e organização de trabalho, atuando como produtor de saberes e soluções junto à instituição e a comunidade.

Frente à complementaridade de recursos técnicos, emocionais e sociais necessários ao desempenho do trabalho do profissional de saúde mental, torna-se relevante que a gestão em saúde mental priorize mais o cuidar do cuidador, viabilizando um espaço de escuta terapêutica para estes profissionais como forma de diminuição da carga psíquica do trabalho e que priorizem políticas públicas sociais efetivas permeadas por ações conjuntas e intersetoriais, parcerias junto à comunidade, tudo isto com o intuito de apoiar, ampliar as ações terapêuticas do trabalhador e potencializar a qualidade do serviço. Faz-se necessário também um maior incentivo a integração dos diversos profissionais, promovendo espaços de convivialidade que priorizem valores como confiança e transparência, resultando no fortalecimento do espírito de equipe entre os mesmos, sem qualquer discriminação ou disputa pela supremacia de saberes de qualquer gênero.

Conclui-se que a relação do profissional de saúde mental com o seu trabalho envolve situações prazerosas (como identificação com sua atividade, valorização e reconhecimento social, relações gratificantes com usuários e familiares) que fortalecem sua auto-realização pessoal e profissional e também inúmeras vivências de sofrimento decorrentes das condições de trabalho precárias, dificuldades na organização do trabalho e nas relações de trabalho, exigências emocionais e sociais características de sua tarefa, vivências estas que se relacionam ainda a baixos salários, falta de perspectiva de crescimento, trabalho sem estabilidade e poder de decisão limitado. O trabalhador de saúde mental, então, frente a tantas privações lança mão principalmente da ressonância simbólica e atividades sublimatórias como esporte, atividades de relaxamento, lazer com familiares e amigos, formas estas encontradas pelos profissionais como tentativa de compensação pelas frustrações vivenciadas e fortalecimento do equilíbrio da relação prazer / sofrimento em sua relação com o trabalho.

As principais estratégias defensivas utilizadas pelos profissionais numa tentativa de modificar sua percepção da realidade que o faz sofrer, possibilitando uma maior estabilidade na luta contra o sofrimento e permitindo manter seu equilíbrio psíquico foram as defesas individuais como racionalização, projeção, negação, identificação, somatização, sublimação e as estratégias defensivas como improvisação, passividade e individualismo.

Os resultados encontrados nesta pesquisa são muito particulares ao CAPS estudado, sendo necessário o desenvolvimento de outras pesquisas a fim de que os comportamentos defensivos dos profissionais possam ser melhor identificados e entendidos. Ademais, espera-

se que possa ser útil no âmbito do trabalho do profissional de saúde mental, principalmente no sentido de propiciar aos gestores e aos próprios trabalhadores informações para um melhor gerenciamento do sofrimento no trabalho destes profissionais.

É indiscutível a relevância do tema no contexto da saúde mental brasileira. As discussões suscitadas refletiram sobre as imensas dificuldades enfrentadas por estes profissionais em confronto com esta nova realidade bem como sobre a necessidade de transformações de políticas e práticas cotidianas que oferecessem suporte aos desafios por eles enfrentados. Fica então a esperança de que o presente estudo seja capaz de fazer com que gestores e profissionais resgatem sua capacidade de olhar criativamente para sua própria realidade, como também seja capaz de instigar novas reflexões e investigações sobre o assunto.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinariedade e saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 2, n.1/2, p. 5-23, 1997.

AMARANTE, Paulo . **Loucos pela vida**. A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro, Fiocruz: 1995.

_____. **Saúde Mental, políticas e instituições**: programa de educação a distância. Rio de Janeiro: Fiotec/Fiocruz, 2003.

_____. Rumo ao fim dos manicômios. **Revista de psicologia, psicanálise, neurociências e conhecimento**. v. 164, p. 30-35, 2006.

ARANHA, Maria Lúcia A.; MARTINS, Maria.Helena P. **Filosofando**: introdução à filosofia. São Paulo: Moderna, 2003.

BARDIN, L. **Análise do conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1994.

BEHRENS, Marilda. **Paradigma da complexidade**. Petrópolis: Vozes, 2006.

BIRMAN, J. A cidadania tresloucada. In: AMARANTE P. & BEZERRA B. **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

BORGES, Livia O.; YAMAMOTO, Oswaldo H. O mundo do trabalho. In: ZANELLI J.C. **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

BOTEGA, Neury J.; DALGALARRONDO, Paulo. **Saúde mental no hospital geral. Espaço para o psíquico**. São Paulo, Hucitec: 1997.

BRASIL. Congresso Nacional. Projeto de Lei n 3657/89. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental,1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 189/SNAS**. Altera o financiamento das ações de saúde mental. Brasília, 19 de novembro de 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 224/ SNAS** Dispõe sobre os tipos de atendimentos em saúde mental e a diversidade de métodos e técnicas terapêuticas, bem como os recursos humanos. Brasília, 29 de janeiro de 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n 10.216/2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 06 de abril 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/GM 336**. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de atenção psicossociais categorizando-os por porte e clientela. Brasília, 19 de fevereiro de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2023/GM**. Dispõe sobre a responsabilidade dos municípios e do Distrito Federal na gestão e execução da atenção básica à saúde. Brasília, set.2004.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. DAPE. Coordenação geral de saúde mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, nov. 2005.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde pública**, v. 23, n.2, Rio de Janeiro, 2007.

CAPLAN, Gerald. **Princípios de psiquiatria preventiva**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

CARDOSO, Cassandra; SEMINOTTI, Nédio. O grupo psicoterapêutico no CAPS. **Ciência & saúde coletiva**. v.11, n 3. Rio de Janeiro, 2006.

CASTEL, Robert. **A ordem psiquiátrica** - a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CEARÁ. Secretaria de saúde do estado. **Lei n. 12.151/1993**. Dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória e dá outras providências. Ceará, 19 de julho de 1993.

CEARÁ. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. **Política de saúde mental do município**. Fortaleza, 2005.

CEARÁ. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. **Saúde mental em números**. Fortaleza, março 2007. Disponível em <http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br>

CODO, Wanderley; SORATTO, Lúcia; VASQUES-MENEZES, Ione. Saúde mental e trabalho. In: ZANELLI, J.C. et al. **Psicologia, Organização e Trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

CODO, Wanderley. Um diagnóstico integrado do trabalho com ênfase em saúde mental. In: JACQUES, M.G.; CODO, W. (orgs.) **Saúde mental e trabalho**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

COIMBRA, Valéria C.C. **Avaliação do cuidado em saúde mental na estratégia de saúde da família**. Ribeirão Preto, 2007. 299p. Tese doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

COOPER, David. **Psiquiatria e antipsiquiatria**. São Paulo: Perspectiva,1972.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**. São Paulo: Cortês, 1992.

_____. **O fator humano**. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

_____. **Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações**. O indivíduo na organização: dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas, v.1,1993, p.149-173.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, C.; DESSORS, D. DESRIAUX, F. Por um trabalho fator de equilíbrio. **Revista de Administração de empresas**. São Paulo, v.33, n.3, Mai/Jun. 1993.

DIMENSTEIN, M. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. **Psicologia em estudo**, Maringá, v.6, n.2, p. 57-63, Jul./Dez.2001.

FERREIRA, Mário César; MENDES, Ana Magnólia. 'Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor': atividade de atendimento ao público e prazer-sofrimento no trabalho. **Estudos de Psicologia** Natal, v.6, n.1 Jan/Jun 2001.

FEUERWERKER L.C.M, SENA R. R.; Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe- sinônimos? Como se relacionam e o que têm a ver com a nossa vida? **Olho mágico**, 1998 mar; 5(18):5-6.

FIGUEIREDO, Juliana A. **Práticas e processos do trabalho no CAPS III**: a perspectiva do campo psicossocial. 2007. Dissertação Mestrado. Escola de enfermagem. USP.

FLICK, Uwe. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro, 1968

FREUD, Anna. **O ego e os mecanismos de defesa**. Rio de Janeiro: biblioteca universal popular, 1968.

GABBARD, Glen. **Psiquiatria Dinâmica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo:Atlas, 1995.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades.**Revista de administração de empresas**. São Paulo, v. 35, n.2, p. 57-63, 1995.

GOFFMAN, E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva, 2005.

GOLDBERG, J.I. Reabilitação como processo- O centro de atenção psicossocial. In: PITTA, A. (Org) **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

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

GUI, Roque. T. Prazer e sofrimento no trabalho. Representações sociais de profissionais de recursos humanos. **Psicologia, ciência e profissão**. Brasília, v.1, n.1, p. 86-92, 2002.

GUIMARÃES, Daniela C.; MACÊDO, Kátia B. **Programas de qualidade de vida no trabalho e as vivências de prazer e sofrimento dos trabalhadores**. In: XXVII ENANPAD, São Paulo, 2003.

ISCHIARA, Júlio César. Uma abordagem psicossocial em saúde mental. In: **Curso de Capacitação em saúde mental**, Núcleo de extensão universitária, UFC: Fortaleza, 2005.

JACQUES, Maria Graça. Doença dos nervos: uma expressão da relação entre saúde/doença mental. In: CODO, W.; JACQUES, M.G. **Saúde mental e trabalho**, Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

JONES, Maxwell. **A comunidade terapêutica**. Petrópolis, Vozes: 1972.

KANTORSKI, L.P. As transformações no mundo do trabalho e a questão da saúde- algumas reflexões preliminares. **Revista latino americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.5, n.2, p 5-15, 1997.

_____. A Reforma Psiquiátrica – um estudo parcial acerca da produção científica da temática. **Revista eletrônica de enfermagem**, v.3, n.2, jul – dez.2001. Disponível em <http://www.fen.ufg.br>

KANTORSKI, L.P.; PITIÁ, A. C. A.; MIRON, V.L. A reforma psiquiátrica nas publicações da revista “Saúde em Debate” entre 1985 e 1995. **Revista eletrônica de enfermagem**, v.4, n.2, p.03 – 09, 2002. Disponível em <http://www.fen.ufg.br>

KINOSHITA. R.T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, A. (Org) **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

LANE, S. T. M. A instituição como via de acesso à comunidade. In: CAMPOS, R.H.F. (Org) **Psicologia social comunitária: da solidariedade à autonomia**. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

LIMA, M.E. A. Esboço de uma crítica à especulação no campo da saúde mental e trabalho. In: JACQUES, M.G.; CODÒ, W. (orgs). **Saúde mental e trabalho**. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

LIMA Júnior. J. H. V; ÉSTHER, Ângelo. B. Transições, prazer e dor no trabalho de enfermagem. RAE- **Revista de administração de empresas**, v.41, n.3, p.20-30, 2001.

MELO. W. Maceió é uma cidade mítica: o mito da origem em Nise da Silveira. **Psicologia USP**. v. 18, n. 1. São Paulo. 2007

MENDES, Ana. Magnólia. Comportamento defensivo: uma estratégia para suportar o sofrimento no trabalho. **Revista de Psicologia**. Fortaleza; v.13(1/2) v.14(1/2), p. 27-32, 1996.

MENDES & CRUZ. Trabalho e Saúde no Contexto Organizacional. Algumas Vicissitudes Teóricas. IN: TAMAYO, A. (org.) **Cultura e saúde nas Organizações**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MERLO, Álvaro. R. C. Psicodinâmica do trabalho. In: JACQUES, M.G.; CODÓ, W. (orgs) **Saúde mental e trabalho**. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

MINAYO, Maria Cecília S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1994.

NASCIUTTI, J.C.R. A instituição como via de acesso à comunidade. In: CAMPOS, R.H.F. (Org) **Psicologia social comunitária: da solidariedade à autonomia**. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

NEVES, José L. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. **Cadernos de pesquisas em administração**, São Paulo, v.1, n.3, 1996.

NUNES, Bernadete O. **O sentido do trabalho para merendeiras e serventes em situação de readaptação nas escolas públicas do Rio de Janeiro**. 2000. 161p. Dissertação Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública.

OLIVEIRA, F. N. G. O.. **Interdisciplinaridade: instrumento de reflexão na assistência hospitalar aos portadores de transtorno mental**. 2001. Dissertação mestrado. Universidade de Fortaleza.

OLIVEIRA, Hilda C. **O grupo como estratégia de sobrevivência: configurações vinculares de crianças na favela**. 2000.427 Tese (Doutorado). Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

OLIVEIRA, Paulo A. B. A construção de espaços de cooperação e de trocas cognitivas entre os trabalhadores. In: JACQUES, M.G.; CODO, W. (orgs). **Saúde mental e trabalho**. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

PITTA, Ana (Org) **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

RAMOS, Fernando; GEREMIAS, Luiz. Instituto Philippe Pinel: origens históricas. 2005. Disponível em: http://www.sms.rio.rj.gov.br/pinel/media/pinel_origens.pdf Acesso em 22 maio 2007.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: BENILTON, B. Junior et al. **Cidadania e loucura**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1987.

SAMPAIO, José Jackson. C. BARROSO, Carlos Magno. C. Manual de organização dos centros de atenção psicossocial. In: **Curso de capacitação em saúde mental**, Núcleo de extensão universitária, UFC: Fortaleza, 2005.

SAMPAIO, José Jackson C.S.; MESSIAS, Erick L.M. A epidemiologia em saúde mental e trabalho. In: JACQUES, M.G.; CODO, W. (orgs.) **Saúde mental e trabalho**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

SAMPAIO, José Jackson C. SANTOS, Antonio Weimar G. A experiência do centro de atenção psicossocial e o movimento brasileiro de reforma psiquiátrica. In: PITTA, A.(Org) **Reabilitação Psicossocial no Brasil**, São Paulo: Hucitec, 1996.

SÃO PAULO. Prefeitura de Santo André. **Construindo a reforma**. Rede de atenção psicossocial (RAP). Disponível em <http://www.santoandré.sp.gov.br>. Acesso em 10 junho 2007.

SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: uma prática à espera de teoria. In: PITTA, A. (Org) **Reabilitação psicossocial no Brasil**, São Paulo: Hucitec, 1996.

SCHEIN, Edgar H. Psicologia Organizacional, Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil, 1982.

SELIGMANN-SILVA, Edith Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho: marcos de um percurso. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

SENTONE, A. D.D.; GONÇALVES, A.A.F. Sofrimento no trabalho: significado para o auxiliar de enfermagem com dois vínculos empregatícios. **Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v.23, p.33-38, jan/dez.2002

SILVA FILHO, J. F. A medicina , a Psiquiatria e a doença mental In: BENILTON, B. Junior et al. **Cidadania e loucura**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1987.

SILVEIRA, D.P.;VIEIRA, A.L.S. Reflexões sobre a ética do cuidado em saúde: desafios para a atenção psicossocial no Brasil. **Estudos e pesquisas em psicologia**. Rio de Janeiro, v. 5, n. I, 2005.

SOARES, M.A.J. **Engenho dentro de casa**: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental. Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. 1997.117p.

SOUZA, Paulo Henrique R.; GRISCI, Carmem Lúcia I **Trabalho imaterial e sofrimento psíquico**: O Pós-Fordismo no Jornalismo Industrial. In: XXIX ENANPAD, Brasília, 2005.

STRAUB, Richard O. **Psicologia da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

TURATO, Egberto R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

VALENTINI, W.A.H.; VICENTE, C.M. A reabilitação psicossocial em Campinas. In: PITTA, A.(Org) **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

VIEIRA FILHO, Nilson G.; NÓBREGA, Sheva M.A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Estudos de Psicologia**, Natal v.9, n.2, 2004.

YIN, Robert. **Estudo de caso**. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZANELLA, A. V. Atividade, significação e constituição do sujeito: considerações à luz da psicologia histórico-cultural. **Psicologia em estudo**, Maringá, v.9, n.1, p. 127-135, 2004

ZANETTI, N. S. **CAPS**: Dispositivo da complexidade. 2006.Trabalho de conclusão do curso de Pós Graduação Latu Senso entitulado Aprimoramento para profissionais em saúde mental, da faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

ANEXOS



ANEXO A

Ofício de solicitação de autorização à Coordenação de Saúde Mental

Fortaleza, 09 de abril de 2007

À Coordenação Saúde Mental do Município de Fortaleza,

Venho por meio deste solicitar autorização para a realização da pesquisa anexa, em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em Fortaleza, com o objetivo de desenvolver um Estudo Exploratório sobre “O Sofrimento Psíquico no Trabalho do Profissional de Saúde Mental” inserido em uma equipe de assistência em saúde mental de um CAPS.

A importância deste estudo consiste em conhecer melhor a forma de sofrimento desses profissionais no trabalho e encontrar formas resolutivas para a minimização do sofrimento; ou seja, estudar a relação saúde mental-contexto de trabalho desses profissionais, buscando contribuições para uma gestão nos Centros de Atenção Psicossociais capazes de potencializar o bem-estar psicológico dos profissionais, o que indiscutivelmente acarretará em atendimento de melhor qualidade e maior humanização.

Ressalto o compromisso quanto ao sigilo dos profissionais participantes e a esperança de que esta pesquisa seja propulsora de novos estudos face as grandes exigências profissionais a que estão submetidos os trabalhadores de saúde mental na atualidade.

Esta pesquisa tem como orientadora a Prof^ª. Dr^ª. Hilda Coutinho de Oliveira, sendo obrigatória para a obtenção do título de Mestre em Administração de Recursos Humanos.

Segue em anexo o Projeto de Pesquisa.

Leônia Maria Santiago Cavalcante
Aluna do Mestrado Profissional em Administração
Faculdade de Economia, Administração, Atuária e Contabilidade - UFC

ANEXO B

Ofício de solicitação de autorização à Coordenação do CAPS

Ilma. Sra. Coordenadora do CAPS GERAL SER II

NESTA

Venho por meio desta solicitar autorização para a realização da pesquisa anexa, neste Centro de Atenção Psicossocial, com o objetivo de desenvolver um Estudo Exploratório sobre “O Sofrimento Psíquico no Trabalho do Profissional de Saúde Mental” inserido em uma equipe de assistência em saúde mental de um CAPS.

A importância deste estudo consiste em conhecer melhor a forma de sofrimento desses profissionais no trabalho e encontrar formas resolutivas para a minimização do sofrimento; ou seja, estudar a relação saúde mental-contexto de trabalho desses profissionais, buscando contribuições para uma gestão nos Centros de Atenção Psicossociais capazes de potencializar o bem-estar psicológico dos profissionais, o que indiscutivelmente acarretará em atendimento de melhor qualidade e maior humanização.

Ressalto o compromisso quanto ao sigilo dos profissionais participantes e a esperança de que esta pesquisa seja propulsora de novos estudos face as grandes exigências profissionais a que estão submetidos os trabalhadores de saúde mental na atualidade.

Esta pesquisa tem como orientadora a Prof^a. Dr^a. Hilda Coutinho de Oliveira, sendo obrigatória para a obtenção do título de Mestre em Administração de Recursos Humanos.

Segue em anexo o Projeto de Pesquisa.

Fortaleza, 26 de junho de 2007.

Leônia Maria Santiago Cavalcante
Aluna do Mestrado Profissional em Administração
Faculdade de Economia, Administração, Atuária e Contabilidade - UFC

À Ilma. Sra.
DRA. ANDRÉA FROTA SAMPAIO
Coordenadora do Caps Geral Ser II

ANEXO C

Termo de Consentimento livre e esclarecido

Título da pesquisa: Um estudo sobre o sofrimento psíquico no trabalho dos profissionais de saúde mental num Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Pesquisadora: Leônia Maria Santiago Cavalcante - Aluna do Mestrado Profissional em Administração da Universidade Federal do Ceará / FEAAC

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Hilda Coutinho de Oliveira

O presente estudo visa investigar as configurações do sofrimento psíquico no trabalho dos profissionais pertencentes a uma equipe de saúde mental do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em Fortaleza, Ceará. A importância da pesquisa reside na possibilidade de compreender o significado e as formas de sofrimento psíquico atribuídas ao trabalho pelos profissionais de saúde mental, desvelando a tipologia de sofrimento inerente à sua prática profissional em um Centro de Atenção Psicossocial. Objetiva-se, assim, impulsionar a busca de formas resolutivas do sofrimento psíquico inerente aos citados profissionais no seu contexto laborativo, uma vez que o bem-estar psicológico destes em seu cotidiano de trabalho é de grande relevância para a qualidade e humanização do atendimento em saúde mental.

Solicitamos, para tanto, que você responda a algumas questões, cientificando-o de que sua participação é voluntária. Os dados não serão gravados, porém serão transcritos e, posteriormente, analisados; o seu anonimato será preservado, não sendo revelado nem seu nome nem qualquer outro dado que o identifique. Todos os dados relativos ao estudo serão guardados em local seguro.

Garantias do sujeito da pesquisa

Você tem o direito de, a qualquer tempo, ter acesso às informações relacionadas à pesquisa, inclusive para esclarecer eventuais dúvidas. Tem liberdade para retirar o consentimento cedido em qualquer momento, deixando de participar da pesquisa, sem que isso lhe cause qualquer prejuízo. Tem assegurados a privacidade, o sigilo e a confidencialidade da sua participação.

Consentimento livre e esclarecido

“Declaro que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e tendo entendido tudo quanto me fora explicado, venho por meio desta consentir em participar da presente pesquisa”.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura do pesquisador

Assinatura do orientador

ANEXO D

Modalidades de Centros de Atenção Psicossociais segundo a Portaria n 336 de 19 de fevereiro de 2002.

	População	Características	Atividades	Recursos Humanos
CAPS I	Entre 20.000 e 70.000	<ul style="list-style-type: none"> - organizador da demanda e dos cuidados no território; - regulador da porta de entrada da rede assistencial no território e/ou do módulo assistencial - supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no território; - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no território; - manter atualizado o cadastramento de pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental; e - funcionar no período de 08 às 18 horas, em dois turnos durante os cinco dias úteis da semana. 	<ul style="list-style-type: none"> - atendimento individual medicamentoso, psicoterápico dentre outros); - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social entre outros) - atendimento em oficinas terapêuticas; - visitas domiciliares; - atendimento à família; - atividades comunitárias (inserção familiar e social); e - os pacientes assistidos em turno (04 horas) receberão uma refeição diária enquanto aqueles em turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias. 	<p>Equipe técnica mínima para o atendimento de 20 pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 pacientes por dia em regime de atendimento intensivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 01 médico com formação em saúde mental; - 01 enfermeiro; - 03 profissionais de nível superior: entre as categorias profissionais psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo; e - 04 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

	População	Características	Atividades	Recursos Humanos
CAPS II	Entre 70.000 e 200.000	<ul style="list-style-type: none"> - organizador da demanda e dos cuidados no território; - regulador da porta de entrada da rede - potencial no território e/ou do módulo assistencial; - supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no território; - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no território; - manter atualizado o cadastramento de pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental; e - funcionar no período de 08 às 18 horas, em dois turnos durante os cinco dias úteis da semana podendo comportar um terceiro turno funcionando até as 21:00 horas. 	<ul style="list-style-type: none"> - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico entre outros); - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social entre outros) - atendimento em oficinas terapêuticas; - visitas domiciliares; - atendimento à família - atividades comunitárias (inserção familiar e social); e - os pacientes assistidos em turno (04 horas) receberão uma refeição diária enquanto aqueles em turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias. 	<p>Equipe técnica mínima para o atendimento de 30 pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 pacientes por dia em regime de atendimento intensivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 01 médico psiquiatra; - 01 enfermeiro com formação em saúde mental; - 04 profissionais de nível superior: entre as categorias profissionais, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo; e - 06 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

	População	Características	Atividades	Recursos Humanos
APS III	Acima de 200.000	<ul style="list-style-type: none"> - serviço ambulatorial de atenção contínua (24 horas diariamente), feriados e finais de semana; - organizador da demanda e dos cuidados no território; - regulador da porta de entrada da rede assistencial no território e/ou do módulo assistencial; - supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no território; - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no território; - manter atualizado o cadastramento de pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental; - estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região que fará o suporte de atenção médica; 	<ul style="list-style-type: none"> - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico entre outros); - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social entre outros); - atendimento em oficinas terapêuticas; - visitas e atendimentos domiciliares - atendimento à família; - atividades comunitárias (inserção familiar e social); - acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 leitos para eventual repouso e/ou observação; - os pacientes assistidos em turno (04 horas) receberão uma refeição diária enquanto aqueles em turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias, e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 04 refeições diárias; - a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 dias corridos ou dez dias intercalados em um período de 30 dias; 	<p>Equipe técnica mínima para o atendimento de 40 pacientes por turno tendo como limite máximo 60 pacientes por dia em regime de atendimento intensivo;</p> <ul style="list-style-type: none"> - 02 médicos psiquiatras - 01 enfermeiro com formação em saúde mental - 05 profissionais de nível superior: entre as categorias profissionais psicólogo, Assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo. - 08 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. <p>* Para o período de acolhimento noturno (plantões corridos de 12 horas) a equipe será composta de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 03 técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro de serviço; - 01 profissional de nível médio da área de apoio; <p>*Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe será composta de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 01 profissional de nível superior dentre as categorias profissionais médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional... - 03 técnicos/auxiliares de enfermagem sob supervisão do enfermeiro de serviço; - 01 profissional de nível médio da área de apoio

ANEXO E

Modelo do Roteiro de Entrevista

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO		
1.1 NOME	1.2 IDADE	1.3 SEXO
1.4 TEMPO DE SERVIÇO NO CAPS	1.5 NACIONALIDADE	1.6 PROFISSÃO
1.7 TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL	1.8 TITULAÇÃO	1.9 OUTRAS EXPERIÊNCIAS PROFISSIONAIS

2. INFORMAÇÕES SOBRE O SOFRIMENTO PSÍQUICO NO TRABALHO
2.1 CONDIÇÕES DE TRABALHO
2.1.1 Descreva o local onde desenvolve o seu trabalho? (adequabilidade do espaço físico, segurança, higiene, riscos de doença, recursos disponíveis, poluição sonora...)
2.1.2 Que fatores dificultam a realização do seu trabalho?
2.1.3 Fale sobre remuneração e perspectiva de crescimento em sua atividade profissional.
2.2 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO
2.2.1 Conteúdo das tarefas
2.2.1.1 Como escolheu este tipo de trabalho?
2.2.1.2 O que significa, para você, trabalhar num Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)?
2.2.1.2 Em que consiste seu trabalho no CAPS?
2.2.1.4 Discorra sobre as exigências físicas, emocionais e sociais das tarefas desenvolvidas. Quais destas exigências lhe parecem mais difíceis de serem realizadas?

<p>2.2.2 Divisão do trabalho</p> <p>2.2.2.1 Seu trabalho se desenvolve seguindo uma rotina determinada ou é passível de mudanças conforme suas necessidades?</p>
<p>2.2..2.2 Como ocorre a comunicação entre a coordenação e os outros membros da equipe de trabalho quanto a transparência de objetivos, regras, cobranças e feedbacks?</p>
<p>2.2..2.3 Como são tomadas as decisões em seu ambiente de trabalho? Existe consenso no que tange as soluções de problemas?</p>
<p>2.2.2.4 Posicione-se sobre o reconhecimento de seu trabalho pela coordenação.</p>
<p>2.2.2.5 Comente sobre o ritmo de trabalho desenvolvido diariamente.</p>
<p>2.2.3 Relações Humanas</p> <p>2.2.3.1 Como está o relacionamento com seus colegas? (confiança, cooperação, reconhecimento)</p>
<p>2.2.3.2 Fale sobre o relacionamento com usuários e familiares. Que fatores parecem mais e menos gratificantes ?</p>
<p>2.2.3.3 Opine sobre o reconhecimento de seu trabalho por parte de usuários e familiares ?</p>
<p>2.3 Trabalho e estratégias defensivas</p> <p>2.3.1 Que sentimentos experimenta em seu trabalho ?</p>
<p>2.3.2 O que lhe causa sofrimento no trabalho ? Como reage diante dessa situação?</p>
<p>2.3.3 Qual sua conduta diante das dificuldades que encontra em seu trabalho ?</p>
<p>2.3.4 Já precisou tirar licença do trabalho por motivo de saúde ? Em que ocasião ?</p>
<p>2.3.5 Está fazendo algum tratamento de saúde ? De que tipo ?</p>
<p>2.3.6 O que costuma fazer quando não está trabalhando ?</p>

ANEXO F

Dados de Identificação dos sujeitos da pesquisa

Sujeitos	Idade	Tempo de exercício profissional (anos)	Tempo de serviço CAPS	Carga horária
S 1	34	10	03	20hs
S 2	40	10	02	40hs
S 3	43	20	1ª 7m	20hs
S 4	28	03	1ª 8m	20hs
S 5	25	03	1ª 8m	20hs
S 6	25	1ª 9m	1ª 9m	40hs
S 7	37	15	01	40hs
S 8	47	14	01	20hs
S 9	41	15	01	40hs

.....

Cavalcante, Leônia Maria Santiago

Uma contribuição ao estudo do sofrimento psíquico de profissionais de saúde mental num Centro de Atenção Psicossocial em Fortaleza-Ce / Leônia Maria Santiago Cavalcante. – Fortaleza, 2007.

137 f.

Dissertação Mestrado – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Economia, Administração, Atuária, Contabilidade e Secretariado Executivo.

Orientadora: Prof^a. Dr^a.Hilda Coutinho de Oliveira

1. Sofrimento psíquico no trabalho. 2. Gestão em saúde mental. 3. Recursos Humanos em saúde 4. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

CDD

CDU