



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

JÉSSICA VIEIRA DOS SANTOS

**PROCESSO DE TRABALHO EM SERVIÇOS DA REDE DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL DE UM MUNICÍPIO DO NORDESTE**

FEIRA DE SANTANA- BA

2021



JÉSSICA VIEIRA DOS SANTOS

**PROCESSO DE TRABALHO EM SERVIÇOS DA REDE DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL DE UM MUNICÍPIO DO NORDESTE**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (PPGSC/UEFS) como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Thereza Christina Bahia Coelho.

FEIRA DE SANTANA - BA

2021

Ficha Catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteadó - UEFS

Santos, Jéssica Vieira dos
S235p Processo de trabalho em serviços da Rede de Atenção Psicossocial de um
 município do nordeste. / Jéssica Vieira dos Santos. – 2021.
 144 f.

Orientadora: Thereza Christina Bahia Coelho
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa
de Pós-Graduação Saúde Coletiva, Feira de Santana, 2021.

1.Processo de trabalho. 2.Saúde mental. 3.Satisfação. I. Coelho, Thereza Christina
Bahia, orient. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU: 616.89

Maria de Fátima de Jesus Moreira - Bibliotecária - CRB-5/1120

JESSICA VIEIRA DOS SANTOS

**PROCESSO DE TRABALHO EM SERVIÇOS DA REDE DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL DE UM MUNICÍPIO DO NORDESTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovação em Feira de Santana-BA, 26/10/2021

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Thereza Christina Bahia Coelho
Universidade Estadual de Feira de Santana

Profa. Dra. Dalva de Andrade Monteiro
Universidade Federal da Bahia

Profa. Dra. Gisélia Santana Souza
Universidade Estadual de Feira de Santana

AGRADECIMENTOS

À Deus, meu guia em todos os momentos, obrigada por ter me concedido sabedoria, saúde e força para chegar ao fim desta jornada, sem ti, nada disso seria possível.

Aos meus pais, João e Beatriz, por toda força e incentivo, por acreditarem em mim, e não medirem esforços para a concretização dos meus sonhos. Mãe e MELHOR AMIGA, obrigada pelo amor incondicional e dedicação, pelas palavras positivas nos momentos de tristeza. Sem dúvida você a minha principal motivação, te dedico mais essa vitória.

Ao meu amado esposo Vinicius, meu anjo incentivador. Obrigada pelo carinho, cuidado e paciência comigo durante essa jornada. Você é meu porto seguro nos momentos de tribulação. Compartilhar minha vida com você é um presente de Deus. Te amo muito.

Professora Thereza, por toda contribuição, apoio e carinho. Obrigada por acreditar em mim e por compartilhar sua sabedoria comigo. Sinto-me privilegiada em poder ser sua aluna todos esses anos. Sempre foi muito mais que orientadora: para mim sempre será professora e amiga. Muito obrigada por tudo!

Minhas irmãzinhas, Andrea e Rafaela, agradeço a Deus pela oportunidade de conhecê-las, vocês são inspiração. Mesmo com a distância devido a pandemia sempre foram meu equilíbrio. Obrigada pelo companheirismo, apoio e amizade incondicional.

À minha querida UEFS, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e ao NUSC, que me proporcionaram conhecimento e oportunidades para crescer profissionalmente.

Aos trabalhadores dos serviços de saúde participantes deste estudo, por cederem seu tempo para a realização das entrevistas e possibilitarem a concretização desse trabalho.

À FAPESB por ter disponibilizado uma bolsa de estudos, viabilizando e incentivando os meus estudos.

À CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) que apoiou a realização deste estudo.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Evolução do processo de trabalho em saúde mental a partir da RPB.....	34
Quadro 2 - Modelo teórico.....	47
Quadro 3 - Codificação dos sujeitos entrevistados na alta e média complexidade da RAPS	50

LISTA DE FIGURAS

Artigo 1

Figura 1 - Nuvem de palavras por frequência da codificação da categoria analítica “Processo de trabalho”	76
---	----

Artigo 2

Figura 1 -Nuvem de palavras por frequência da codificação da categoria analítica “satisfação”	109
Figura 2. Nuvem de palavras por frequência da codificação das categorias analíticas “sofrimento”, “adoecimento” e “percepção de risco”	109

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

AB - Atenção Básica

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

COVID- 19 - Coronavirus

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

EPI - Equipamento de Proteção Individual

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LOS - Lei Orgânica da Saúde

MS - Ministério da Saúde

NASF-AB – Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica

NUSC – Núcleo de Saúde Coletiva

OMS – Organização Mundial da Saúde

PTS – Projeto Terapêutico Singular

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

EPI - Equipamento de Proteção Individual

ESF – Estratégia Saúde da Família

PTI - Projeto Terapêutico Individual

PNSM - Política Nacional de Saúde Mental

PNSTT- Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RPB – Reforma Psiquiátrica Brasileira

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SESAB – Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TO - Terapeuta ocupacional

UA - Unidade de Acolhimento

UBS – Unidades Básicas de Saúde

UEFS – Universidade Estadual de Feira de Santana

UPG - Unidade Psico-geriátrica

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVO GERAL	19
2.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3	REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1	PROCESSO DE TRABALHO	20
3.2	PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE	23
3.3	TRABALHO EM SAÚDE MENTAL	28
3.4	CONDIÇÕES DE TRABALHO	35
3.5	TRABALHO, ADOECIMENTO E SOFRIMENTO	39
3.6	SATISFAÇÃO	44
4	METODOLOGIA	47
4.1	TIPO DE ESTUDO	48
4.2	CAMPO DE INVESTIGAÇÃO	48
4.3	SUJEITOS DO ESTUDO	49
4.4	COLETA DE DADOS	50
4.5	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	52
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	54
5	RESULTADOS	70
5.1	ARTIGO 1	70
5.2	ARTIGO 2	103
	ANEXOS	132
	APÊNDICE	

1 INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) foi produto de inúmeros movimentos sociais em dois campos de práticas, o da saúde mental e o sanitário, voltados não apenas para a reestruturação do cuidado e da gestão, mas para mudanças sociais amplas. Ambos movimentos já se encontravam em processo um pouco mais avançado na Itália, fazendo assentar muitos dos seus pressupostos em bases similares (PITTA, 2011).

Berlinguer (1988), um dos grandes artífices técnico e político da Lei 833, de 1978, que institui o Servizio Sanitare Nazionale, contribuiu com sua experiência e reflexões também para as reformas no Brasil. Para esse autor, a Reforma Sanitária era luta social. Neste mesmo ano, foi aprovada a "Lei 180" da Reforma Psiquiátrica Italiana", também conhecida popularmente como "Lei Basaglia".

Enquanto diretor do Hospital Provincial na cidade de Trieste, Franco Basaglia, foi inspirado pela leitura de Foucault e Goffman, autores que tratavam a loucura com uma abordagem histórica e sociológica respectivamente, trazendo críticas à instituição psiquiátrica baseada em uma relação de saber-poder da psiquiatria, exclusão e limitação da pessoa reconhecida como “paciente mental” por essas “instituições totais”. Assim, Basaglia substituiu o tratamento asilar pelo comunitário dentro de uma rede territorializada (SERAPIONI, 2019).

Outros aportes teóricos que faziam a crítica ao poder médico assimétrico também contribuíram para se repensar a prática psiquiátrica, entre eles, o Interacionismo simbólico, que aborda a rotulação aplicada aos indivíduos considerados “desviantes” pela sociedade e analisa os processos de socialização e ressocialização (BECKER, 2008; CARVALHO, BORGES, RÊGO 2010).

O movimento efetivo da RPB se dá a partir de 1978, com o auxílio de inúmeros atores inspirados no modelo italiano de desinstitucionalização, dentre eles estavam os trabalhadores de saúde, sindicalistas, familiares e pacientes com histórico de longas internações, formando um grande movimento social que reivindicavam questões trabalhistas e a reformulação do modelo de atenção à saúde mental como forma de repensar o cuidado psiquiátrico, a desospitalização de pacientes internados por longo período e a criação de serviços

substitutivos, trazendo novas referências para a questão da loucura e estratégias para enfrentar o sofrimento mental, seu tratamento e o combate ao estigma (AFONSO, 2015; BRASIL, 2005; HEIDRICH, 2007; PINHO et al., 2011; SOUZA; ROSA, 2009).

A possibilidade de pôr fim à concepção asilar começa a surgir, nesse período, com propostas e ações para a reorientação da assistência, com a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro e, no mesmo ano de 1987, com a criação do Centro de Atenção Psicossocial Luiz Cerqueira, em São Paulo, demonstrando os primeiros avanços na configuração de uma rede de cuidados substitutiva ao hospital psiquiátrico. Em 1989, inicia-se a luta da RPB no campo legislativo e normativo, quando o Projeto de Lei nº 3.657 do deputado Paulo Delgado dá entrada no Congresso Nacional propondo a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país (BRASIL, 2005; MARINHO et al., 2011; ROSA, 2009).

Em 1990, é promulgada a lei n.º 8.080, que estabelece o Sistema Único de Saúde (SUS), e com mais esse avanço “diversos fatores de mudança se aglutinam e as duas últimas décadas assistem à efetivação da reforma da assistência psiquiátrica brasileira” (MATEUS; MARI, 2013, p.20-21).

Em 2001, a RPB obteve um grande avanço com a promulgação da Lei 10.216 de 6 de abril de 2001, que substituiu após mais de 12 anos o Projeto de Lei nº 3.657/89 de Paulo Delgado, conhecido como a Lei da Reforma Psiquiátrica e aprovou a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) que dá a base legal dispondo sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial (ANTUNES; QUEIROZ, 2007; BRASIL, 2001).

Essa lei além de buscar impulsionar o aumento dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais e de outros serviços substitutivos pretende garantir a cidadania às pessoas com transtornos psiquiátricos, no entanto, ainda existem obstáculos para a Reforma Psiquiátrica que prosseguem até os dias de hoje, “a promulgação de leis e portarias não garante a efetivação de seu conteúdo” (BARROSO; SILVA, 2011).

Nesse processo de expansão da reforma, também foi promulgada a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 que cria a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cujo objetivo foi aumentar e unir diversos pontos de atenção à saúde para pessoas com transtornos mentais

e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011).

A partir disso, o fluxo dos usuários passou a ocorrer através da RAPS, composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que segundo Jafelice e Marcolan (2018), representam equipamentos estratégicos para a rede e base de apoio a lógica substitutiva aos manicômios; pontos de atenção de Urgência e Emergência, que se articulam aos CAPS, realizando o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda, sendo eles: o SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde (UBS), dentre outros; Serviços de Residências Terapêuticas (SRT); o programa de reabilitação psicossocial “De Volta Para Casa”; os Consultórios na Rua e as Unidades de Acolhimento (UA), os quais trabalhando em conjunto com as equipes de Atenção Básica (AB) e com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB) atuam na promoção da vida e na autonomia dos usuários (BRASIL, 2011; JESUS; COELHO, 2015).

Os CAPS, campo de estudo deste trabalho, prestam atendimento em regime de atenção diária e promovem a inserção social dos pacientes por meio de ações intersetoriais. São formados por equipes multiprofissionais que atuam sob uma perspectiva interdisciplinar para atenderem os usuários em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo (BRASIL, 2011; CAVALCANTE, 2008).

Além disso, os CAPS estão organizados em modalidades devido a diversidade de porte populacional entre os municípios, e variam também entre o público e a forma de funcionamento, sendo eles: os CAPS I, II, CAPS Ad, CAPS Ad III e o CAPSi (BRASIL, 2011). O cuidado nesse dispositivo é desenvolvido através do Projeto Terapêutico Individual (PTI), que envolve não só o usuário e sua família, mas também toda a equipe. “Assim, ressalta-se que o CAPS, diferentemente das internações em hospitais psiquiátricos, busca fazer com que o sujeito tenha condições de se tratar em seu meio familiar, social e participar de forma ativa de seu tratamento” (BRASIL, 2011; PACHECO, RODRIGUES, BENATTO, 2018, p. 76).

Sendo assim, a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do CAPS ou da AB, garantindo o acompanhamento longitudinal dos usuários (BRASIL, 2011). A forma de articulação entre saúde mental e AB, é um dos atuais desafios da RAPS: “uma vez que a

cobertura oferecida pelos serviços especializados é insuficiente para a maior parte da população que necessita de assistência em saúde mental” (CAVALCANTE, 2008, p.1).

Rosa (2009, p. 4) complementa que a RPB não se resume a implementação de CAPS, porém esses serviços tornaram-se boas estratégias para a divulgação das novas formas de lidar com o sofrimento mental e com a loucura para a sociedade:

Com o CAPS o paradigma da atenção psicossocial ganha materialidade através de um novo processo de trabalho, fundamentado no trabalho em equipe interdisciplinar; na intervenção pautada na gestão do cotidiano de vida da pessoa com transtorno mental, ação no território e intersetorialidade entre as diferentes políticas públicas. Estas ações se contrapõem a ação hospitalocêntrica, historicamente centralizada na figura do médico, da internação/exclusão social e na medicação.

Outro dispositivo que também é campo de estudo deste trabalho, são os Hospitais Psiquiátricos, que devem funcionar por meio de internações de curta duração e em regime integral (BRASIL, 2011). Apesar da RPB almejar o fechamento dos hospitais, Sousa e Jorge (2019, p.5), afirmam que não se pode negá-los:

Esses serviços existem e ainda existirão por algum tempo, no mínimo até que os serviços substitutivos sejam implantados e implementados com uma consistência mais sólida, bem como as RAPS sejam efetivas, com serviços, fluxos, ações e articulações capazes de subsidiar a necessária superação do paradigma psiquiátrico (...).

Nesse contexto, se por um lado a criação da RAPS representa um avanço para a saúde mental, principalmente no que diz respeito à redução de leitos e crescente fechamento dos hospitais psiquiátricos, por outro, retrocessos têm sido observados com publicação da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que insere mais uma vez os hospitais psiquiátricos à RAPS, mostrando que o campo da saúde mental ainda segue em um contexto paradigmático e ameaçador para a RPB (BRASIL, 2017; REBOUÇAS et al., 2008).

Assim, a partir das transformações organizacionais e de funcionamento da assistência em saúde mental, entre as quais estão: o deslocamento dos trabalhadores para serviços substitutivos; novos saberes e práticas de trabalho e de cuidado; a valorização da inserção

social, da cidadania e das individualidades do paciente em sofrimento mental, vêm crescendo os debates e aprofundamento teórico-científico em torno do processo de trabalho na saúde mental, a fim de estender o objeto de trabalho além do aspecto biológico da doença mental (GUIMARÃES, JORGE, ASSIS, 2011; MATTOS, 2016; SAMPAIO et al., 2011).

Nesse contexto, com a mudança da lógica do processo de trabalho em saúde mental, reconhece-se a difícil tarefa que é a implementação das propostas feitas pela PNSM nos serviços substitutivos. Estas devem ser aperfeiçoadas como formação permanente, alcançando novos sentidos para os trabalhadores, permitindo a reflexão e a análise crítica sobre o seu processo de trabalho e as consequências que uma política ainda principiante pode ocasionar (COELHO et al., 2015; OLIVEIRA; ALVES; MIRANDA, 2009; SILVA et al., 2012).

Essa dificuldade ficou patente em dois estudos em momentos distintos de uma mesma instituição, o ambulatório do Hospital Juliano Moreira, primeira referência do estado da Bahia. A análise do processo de trabalho enquanto prática social obedece a certas determinações que escapam ao voluntarismo individual e torna os agentes de saúde presos a uma racionalidade que extrapola o âmbito das políticas setoriais. A prática resiste às mudanças e permanece tributária de resultados rápidos e efêmeros, baseados na supressão sintomática que oferece o medicamento e aprisiona em uma mesma teia agentes, usuários e gestores, unidos pela insatisfação (MONTEIRO, 2010; SILVEIRA, 1996).

De fato, a produção científica ao analisar o processo de trabalho em instituições psiquiátricas no Brasil, enfatiza a satisfação do trabalhador como o mais importante indicativo relacionado à boa assistência aos usuários e, por consequência, resolubilidade dos problemas de saúde com eficiência. Assim, o exercício profissional é uma fonte de satisfação e a busca do prazer no trabalho compõe um desejo constante para o sujeito trabalhador, devido às exigências no processo, nas relações e na organização do trabalho (ALVES, SANTOS, YAMAGUCHI, 2018; GUIMARÃES, JORGE, ASSIS, 2011; MACEDO, et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2019; SAIDEL et al., 2007; SANTOS et al., 2011).

Alves, Santos e Yamaguchi, (2018), Macedo et al., (2013), Oliveira et al., (2019); Santos et al., (2011), concordam que a partir da análise de aspectos relacionados aos serviços de saúde e dos aspectos pessoais associados às atividades realizadas durante o trabalho é que se compreende a origem da satisfação ou insatisfação do trabalhador. Nesse universo, a

condição de trabalho é considerada por esses autores o ponto mais significativo ao abordar os aspectos referentes ao processo de trabalho em saúde.

Apesar das novas tecnologias utilizadas no trabalho em saúde mental que contribuem para descomplicar e enriquecer a atenção diante de condições de trabalho muitas vezes insatisfatórias, ainda assim, os trabalhadores estão sujeitos a situações insalubres nos serviços. O próprio contato diário e contínuo com o sofrimento mental traz um risco para o trabalhador, sendo este um fato inerente ao processo de trabalho neste campo (ALVES, SANTOS, YAMAGUCHI, 2018; MACEDO et al., 2013; SANTOS et al., 2011).

No estudo de Alves, Santos e Yamaguchi (2018), que buscaram conhecer a percepção profissional acerca das condições de trabalho em saúde mental, o trabalhador está sujeito a vivenciar episódios desagradáveis e nocivos como, por exemplo, a violência física por parte dos próprios pacientes em crise, necessitando, muitas vezes, da utilização da força física para contenção, estando frequentemente em situações de enfrentamento e risco.

Nesse cenário, Marco et al., (2008), ao avaliarem o impacto do trabalho em saúde mental, apontaram que as condições ruins de trabalho contribuem também para os altos níveis de estresse, Burnout, sintomas depressivos e ansiosos. E, nessa perspectiva, Santos et al., (2011, p. 4) também coadunam com essa ideia e complementam que “sentimentos de frustração com os resultados do trabalho, cansaço, medo de ser agredido e o desejo de mudar de emprego” são incluídos nesse contexto.

Alves, Santos e Yamaguchi (2018) acrescentam que as doenças psíquicas relacionadas ao trabalho frequentemente deixam de ser reconhecidas e valorizadas, apesar de acometer um grande número de trabalhadores e estarem normalmente representadas por sintomas físicos. Essa questão se dá pela falta de conhecimento dos trabalhadores com relação aos riscos ocupacionais a que estão expostos e por não relacionarem seu processo de trabalho à doença em si (SHOJI, SOUZA, FARIAS, 2015).

Souza et al., (2012) descreveram a percepção dos trabalhadores de saúde, de modo geral, sobre os impactos do trabalho e constataram que os do seu estudo, em sua maioria, percebiam a exposição aos riscos durante suas atividades laborais, no entanto, eram mais atentos aos riscos biológicos e de acidentes, desprezando os fatores invisíveis, que são eminentemente perigosos e causadores de transtornos psíquicos.

Outro ponto é a insuficiente preocupação por parte das instituições com a proteção, promoção e manutenção da saúde dos trabalhadores. Habitualmente, os gestores realizam apenas avaliações individuais, desconsiderando, assim, a real causa dos problemas de saúde e atuando de forma atenuante, não interferindo nas reais causas e tomando iniciativas pouco satisfatórias para a instituição (LACAZ, 2014; SHOJI, SOUZA, FARIAS, 2015).

No que concerne aos riscos que cercam os trabalhadores de saúde mental diante das condições de trabalho em que estão inseridos, Monteiro, Cruz e Dias (2013) trazem a falta de conhecimento e preparo como fatores de risco ocupacional. Estes são elementos adquiridos com a prática e, portanto, o despreparo torna o trabalhador vulnerável ao adoecimento psíquico e/ou físico, isto é, o aperfeiçoamento teórico e prático garante bem-estar pessoal e diminui as chances de desenvolver alguma doença relacionada ao trabalho.

Athayde e Hennington (2012) analisaram as situações de trabalho em um CAPS localizado no município do Rio de Janeiro e também trazem o conhecimento como uma estratégia de defesa, visto que ao possuir conhecimento clínico, o trabalhador pode prever uma provável crise acompanhada de comportamentos violentos. Dessa forma, o trabalhador controla com antecedência a situação e utiliza essa estratégia para amenizar as tensões cotidianas.

Outra questão trazida por Monteiro, Cruz e Dias (2013) está relacionada ao ingresso desses trabalhadores no campo da saúde mental que constantemente ocorre devido à falta de opções de emprego no mercado de trabalho. Nessa lógica, o trabalhador se sujeita a funções indefinidas, baixos salários, condições degradantes e altas cargas de trabalho, sendo essas situações agravadas pela falta de qualificação profissional para lidar com pacientes em sofrimento mental.

Nesse sentido, Athayde e Hennington (2012) fizeram uma reflexão sobre como os trabalhadores lidam com os problemas relacionados a seu próprio controle psicossomático e com sua saúde mental durante as atividades de trabalho tendo verificado que estes consideram o reconhecimento pelos usuários e o trabalho em equipe como estratégias motivadoras diante das dificuldades, apoiando-se, desse modo, na luta pelos princípios da RPB e na preservação da própria saúde.

Somado a isso, outro problema considerado preocupante pelos trabalhadores, principalmente dos CAPS, reconhecido pela progressiva demanda assistencial, é a “falta de

rede”. Esse revés expõe a fragilidade do SUS ao englobar as seguintes situações: dificuldade de encaminhamento; e o impasse diário da admissão, ou não, de novos pacientes, evitando causar superlotação e prejuízos aos que já são atendidos. Diante desses resultados, é possível afirmar que a atividade laboral desafia a habilidade do trabalhador em reorganizar seu processo de trabalho em função das condições de trabalho a que está posto (ATHAYDE; HENNINGTON, 2012).

Ferreira (2017), ao analisar o processo de trabalho em saúde afirma que existe uma preocupação com o trabalhador, principalmente no que concerne aos aspectos que envolve a deterioração das condições de trabalho, à desvalorização profissional, sobrecarga e exercício do trabalho altamente ansiogênico. Nesse sentido, é necessário investigar como o processo de trabalho pode impactar diretamente na vida e saúde do trabalhador causando sofrimento e adoecimento.

É sabido, por exemplo, que o cansaço decorrente da jornada de trabalho excessiva é um dos fatores principais dos acidentes de trabalho com a equipe de enfermagem, sendo o ferimento com materiais perfurocortantes, seguidos da contaminação por contato da pele e da mucosa com sangue e secreções os mais presentes em toda a literatura sobre este problema (TELES et al., 2016). Em situações de grande demanda dos serviços de saúde, como na pandemia do Coronavírus de 2020, a preocupação com a saúde física e mental dos trabalhadores da saúde fica redobrada, cabendo à RAPS oferecer duplo suporte: à população e aos trabalhadores de saúde, além de a si mesmos.

Sendo assim, justifica-se a importância desta pesquisa, pois conforme verificado no estado da arte e apesar da relevância do tema, é insuficiente a produção científica voltada para a análise detalhada dos elementos constitutivos do processo de trabalho em saúde mental e de comparações entre os processos de trabalho nos níveis de atenção da RAPS. Baseado no fato de que a saúde mental se transformou social e politicamente, passando a ser estruturada em forma de rede, é imprescindível que haja um caminho de comunicação entre os processos de trabalho dos serviços, sendo, portanto, essencial conhecer suas diferenças e similaridades.

Além de que se faz necessário uma aproximação à realidade desses locais a fim de inteirar-se do processo de trabalho e entender seus efeitos na vida do trabalhador, posto que são sujeitos importantes para construção prática e qualidade dos serviços de saúde, além de subsidiar melhorias nas condições de trabalho nessas instituições de saúde.

Assim, a questão da pesquisa é: como se dá o processo de trabalho de trabalhadores de saúde atuantes em Serviços de Rede de Atenção Psicossocial?

2 OBJETIVO GERAL

Analisar o processo de trabalho em serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de um município do Nordeste.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 2.1.1. Identificar e caracterizar os elementos constitutivos do processo de trabalho em CAPS e Hospital Psiquiátrico;
- 2.1.2 Identificar o entendimento, as expectativas e a satisfação dos trabalhadores de saúde em relação às condições de trabalho;
- 2.1.3 Comparar as diferenças e similaridades entre os processos de trabalho no Hospital Psiquiátrico e nos Centros de Atenção Psicossocial;
- 2.1.4 Identificar a percepção de risco no ambiente de trabalho;
- 2.1.5 Identificar as situações de adoecimento e sofrimento vivenciadas no processo de trabalho.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O trabalho nos serviços de saúde mental, enquanto objeto de pesquisa exige uma reflexão teórica que situe todos os elementos que lhe são pertinentes, aí incluindo não apenas as relações com os modos de produção na sociedade atual onde ele se insere mas também com as questões já problematizadas pela literatura e que dizem respeito às condições de produção desse trabalho, a percepção dos riscos envolvidos para a saúde do próprio trabalhador, a satisfação ou insatisfação como resultados subjetivos e o sofrimento e adoecimento como resultados objetivos e não esperados deste processo.

3.1 PROCESSO DE TRABALHO

Segundo a acepção marxista, o trabalho é um processo entre homem e natureza, no qual o homem intervém e controla a sua troca material com a natureza através da sua ação e conforme seu objetivo (MARX, 1996).

Portanto, o processo de trabalho é definido como o fazer, é o processo em que a ação humana transforma um objeto e a si mesmo para alcançar uma finalidade específica, ou seja, o homem idealiza um resultado e sua vontade é conduzida a um propósito, por isso, o trabalho denomina-se como ontológico ao homem devido seu caráter racional, sendo o processo composto então pelos seguintes componentes: o objeto, o agente, os meios, a finalidade e o produto (MACÊDO, 2018; MARX, 1996).

Nesse contexto, a forma como esses componentes se organizam irá variar de acordo com cada sociedade, época, necessidades e interesses, sendo a cultura de um povo estabelecida pela forma como se faz o trabalho e se utilizam os meios. Nesse ínterim, é possível compreender o nível de evolução da força de trabalho, bem como as condições sociais em que é realizado (MACÊDO, 2018; MERHY, FRANCO, 2006).

Semeraro (2012), em seu estudo, traz a concepção de “trabalho” na filosofia de Hegel e Marx e evidencia os diferentes pontos de vista desses pensadores com relação ao homem trabalhador da sociedade moderna capitalista, onde o processo de produção é considerado um processo de formação de valor, tendo como objetivo o aumento da produtividade.

Hegel, primeiro filósofo a destacar o valor social do trabalho, passa a compreender o trabalhador como um indivíduo que atribui significado ao lidar com a natureza, sendo seu trabalho “expressão de um valor maior: nele se forma a consciência pessoal e social, se manifesta o caráter público e universal do ser humano” e não apenas “satisfação das próprias necessidades individuais e imediatas” (SEMERARO, 2013, p. 90).

Marx, que se apoiou na filosofia de Hegel para criticar o capitalismo e o modo de produção imposto ao trabalhador, confere ao trabalho condição essencial da existência humana. O trabalho não só altera a natureza, mas também as relações humanas, isto é, o homem evolui de um ser meramente biológico para um ser social, haja vista que o trabalho é propulsor de processos sociais e fator importante para a o entendimento das relações de produção e compreensão do homem (FARIA; ARAÚJO, 2010; SEMERARO, 2013).

No cenário da sociedade capitalista, Marx reconhece que o homem se autoproduz (e reproduz) pelo trabalho, no entanto, essa condição está envolvida por extrema exploração do trabalhador no modelo de produção de “mais trabalho” não retribuído e a “mais valia”, além das condições precárias de vida no ambiente laboral. O produto do trabalho no regime capitalista torna-se uma força estranha e impessoal ao trabalhador, visto que a “produção é feita pela produção”, ignorando a realização pessoal nesse processo e valorizando o acúmulo de capital (SEMERARO, 2013).

Os estudos de Marx foram realizados em uma outra fase do capitalismo, no entanto, permanecem atuais para a compreensão da sociedade capitalista contemporânea. O entendimento do processo de trabalho e sua evolução somente torna-se válido quando associado ao capitalismo, ao passo que essa não conexão deixa de considerar aspectos importantes da conformação do processo de trabalho ao longo do tempo, visto que o capitalismo promoveu alterações no setor e nas relações e condições de trabalho (MACÊDO, 2018; TEIXEIRA; SOUZA, 1985).

Macêdo (2018), assim como Teixeira e Souza (1985, p. 65) trazem em seus estudos que tal relação poderá esclarecer os avanços e retrocessos que os trabalhadores enfrentam desde que passaram a ser assalariados e donos de uma única mercadoria: sua força de trabalho. Nesse cenário, o trabalhador está subordinado ao mercado para ter acesso à mercadoria dinheiro (salário), sendo esse o único meio para sua sobrevivência, portanto:

O trabalho torna-se então alienado, vazio de sentido para o trabalhador, dado que o resultado de sua atividade passa a ser propriedade de outrem. Nessas circunstâncias, os trabalhadores são importantes atores anônimos participantes de um espetáculo no qual entram em cena sem nem mesmo perceber e no qual têm de permanecer independentemente de sua vontade.

Com a crescente evolução do capitalismo e sofisticação tecnológica, devido à necessidade constante de aumento do capital, o trabalhador precisou adaptar-se às máquinas. Associado a isso, houve extensão da jornada de trabalho, pois, apesar do aumento da produtividade, o trabalhador perdeu o controle do processo de produção e passou a receber um salário menor, resultando em aumento de mão-de-obra não paga (MACÊDO, 2018; TEIXEIRA; SOUZA, 1985).

Em síntese, houve uma separação do trabalho manual e intelectual durante o desenvolvimento do capitalismo, o controle e modo de produção das fases do processo de trabalho passaram a ser de responsabilidade do capitalista através de uma administração de caráter gerencial e coercitiva, que, de forma estratégica, possibilita a produção de mais-valia e favorece a desqualificação do trabalho, visto que as habilidades do trabalhador tornam-se dispensáveis diante da fragmentação do trabalho e, conseqüentemente, propiciam o barateamento da mão-de-obra (TEIXEIRA; SOUZA, 1985).

Dentre os métodos administrativos clássicos, aquele que melhor ilustra a realidade do processo de trabalho capitalista, é o Taylorismo, método administrativo rígido que visa: a padronização e fragmentação das atividades; a contenção dos custos operacionais e a otimização do tempo de trabalho, fazendo-o mensurável e controlável pelo capital. Esse modo de produção comprometeu a humanização do trabalho e sua ação permeia e influencia todos os setores sociais até os dias de hoje (FARIA; ARAÚJO, 2010; TEIXEIRA; SOUZA, 1985). À vista disso, como estão expostas as práticas renovadas do capitalismo para a organização do processo de trabalho na contemporaneidade?

Em resposta aos métodos administrativos que contemplavam o homem apenas como “ser econômico”, como o taylorismo/fordismo, surgiu a Teoria das Relações Humanas que faz parte das teorias de oposição à administração clássica e trouxe em sua essência propostas de humanização e regulação social através de alterações no conteúdo do trabalho, principalmente no que diz respeito à fragmentação; às formas de autoridade, permitindo a participação e representação do trabalhador como categoria; e aos processos de integração da força de trabalho, favorecendo a qualificação profissional e plano de carreira, dentre outros (TEIXEIRA; SOUZA, 1985).

Apesar da necessidade de alterações nesse processo explicitamente desigual, o sistema capitalista nunca chegou a discutir sobre suas bases, de modo que a ideia de justiça social funciona apenas como instrumento de manutenção das relações de exploração entre as classes sociais (patrão e empregado), pois propiciam a criação de políticas trabalhistas diante do mesmo controle da força de trabalho e do rendimento dos processos de produção (MACÊDO, 2018; TEIXEIRA; SOUZA, 1985).

Segundo Macêdo (2018, p. 251), atualmente existe um aumento de novas formas de trabalho “que visam elevar a extração de mais-valia no menor tempo possível e se constituem

nos diversificados modos de terceirização, informalidade e precarização”. Nesse sentido, um dos objetivos do capitalismo é retirar do Estado qualquer responsabilidade de controlar ou restringir a exploração da força de trabalho.

Assim, o que se denomina modernização, na verdade, representa retrocesso, desconstrução e precarização do mundo do trabalho; tentativa de legalizar a total exploração e retirar do trabalhador todos os seus direitos. (...) A precarização é um fenômeno que faz parte da sociedade capitalista e é intensificada nos momentos de crise estrutural. Assim, não há “limites para a precarização, mas apenas formas diferenciadas de sua manifestação”.

Em suma, essa breve explanação revela que a evolução do capitalismo ao longo dos séculos XX e XXI trouxe consigo uma intensa subordinação das necessidades humanas ao acúmulo do capital, no qual, toda tentativa de renovação e modernização da produção ocorre às custas da exploração da classe trabalhadora. No Brasil, a prevalência do modelo toyotista e de acumulação flexível, em que o trabalhador deve ser multifuncional, preparado e qualificado para trabalhar nas várias demandas do processo de trabalho, estabelece um gerenciamento do trabalho extremamente tradicionalista e retrógrado, “reafirmando o trabalhador como mercadoria e desconstruindo os direitos humanos e sociais, com vistas a atender à necessidade crescente de acumulação do capital” (MACÊDO, 2018, p. 254).

Diante dessas novas características atribuídas ao processo de trabalho na sociedade contemporânea, como se dá o processo de trabalho em saúde? Posto que o campo da saúde não proporciona a substituição de tecnologia por trabalho como nos processos que ocorrem na indústria e economia, o que ocorre na saúde é o aumento de novas tecnologias e diversidade de serviços (NOGUEIRA, 1997)

3.2 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

O trabalho em saúde possui aspectos peculiares em relação a outros setores. Primeiramente, configura um “serviço” e essa é a principal marca do capitalismo na atualidade, uma sociedade baseada no aumento do trabalho em serviços (NOGUEIRA, 1997).

Outra especificidade do trabalho em saúde é a associação entre seus aspectos intelectual e manual, “ao contrário de outros processos de produção, na saúde quem detém a

direcionalidade técnica também 'põe a mão na massa', ou seja, participa diretamente do ato técnico final” (NOGUEIRA, 1997, p.73).

A saúde como um direito, desde a constituição de 1988, determina a organização da desse setor no Brasil. A partir do que é instituído pelo Sistema Único de Saúde (SUS) confirma-se que a organização e gestão do trabalho no setor saúde não convém ter como base modelos clássicos de administração, como preza o instituinte capitalista, uma vez que o trabalho em saúde é intersubjetivo e move-se através de interrelações (FARIA; ARAÚJO, 2010).

Diante dessa dinâmica de trabalho e por ser um serviço que não é executado sobre coisas/objetos e sim sobre pessoas, o trabalho em saúde requer uma forte relação interpessoal entre trabalhadores e usuários para uma assistência eficiente e resolutiva. O usuário nesse cenário é um ator que possui uma participação ativa no processo de trabalho, ao passo que fornece informações essenciais para a prestação de cuidados e é corresponsável pelo êxito das ações terapêuticas, já que sem esse vínculo, o trabalhador sozinho não conseguiria realizar as ações em saúde (NOGUEIRA, 1997; FARIA; ARAÚJO, 2010).

Além disso, o trabalho em saúde possui uma grande diversidade profissional. Todavia, em face das particularidades de cada processo de trabalho, todos possuem a mesma finalidade: uma assistência de qualidade, integral e humanizada (SANTOS et al., 2010, p.454-455):

Diante da diversidade de especificações do trabalho em saúde, observamos que um profissional de saúde, no desempenho de uma ação, mobiliza, ao mesmo tempo, seus saberes e modos de agir. Esse modo de agir é mediado por saberes específicos, pelo cenário histórico-social, pelo paradigma hegemônico da ciência e pela cultura institucional e profissional.

Como discutido na seção acima, o “trabalho” é uma atividade estruturante das relações sociais, sendo assim, o trabalho em saúde não só perpassa pela preservação do corpo para produzir saúde, mas também inclui elementos objetivos e subjetivos que envolvem os fenômenos sociais durante todo o processo. Conhecer os elementos básicos do processo de trabalho facilita o entendimento de trabalhos humanos específicos, como o dirigido para as

necessidades em saúde, além de favorecer o entendimento da prática laboral como prática social e técnica (MERHY, FRANCO, 2006; SOUZA et al., 2010).

Dentre os elementos do processo de trabalho nesse campo tem-se: o espaço (serviço), que, na concepção de Milton Santos, autor que dedicou-se aos estudos sobre Geografia da Saúde e proporcionou uma nova visão ao conceito de território e espaço, este não deve ser percebido apenas em sua forma física, mas também enquanto espaço de relações sociais que permitem “pensar a doença enquanto processo de mudança da estrutura espacial, ou seja, o fenômeno biológico é percebido como processo social, espacial e temporalmente determinado”, capaz de revelar determinantes das situações de saúde (FARIA; BORTOLOZZI, 2009, p. 34).

Lima e Iasuy (2014, p. 597), exemplificam essa concepção de Milton Santos com um dos serviços da RAPS, os CAPS:

Organizar um serviço substitutivo que opere segundo a lógica do território é olhar e ouvir a vida que pulsa nesse lugar. Pensar na organização de um CAPS em uma cidade situada no meio da floresta amazônica é distinto de pensar o CAPS no interior de um estado do Nordeste ou de um bairro da periferia leste da cidade de São Paulo. São territórios distintos, com suas histórias sociais, políticas e econômicas de ocupação e usos dos espaços.

Nesse quadro, o próximo elemento do processo de trabalho em saúde é o agente/sujeito, representado pelo trabalhador de saúde que exerce atividades em conjunto nos serviços e, a depender da análise, “pode e deve ser visto como um indivíduo, um grupo ou equipe, uma instituição ou uma sociedade” (FARIA et al., 2009, p. 24). Sendo assim, os agentes-sujeitos desse processo estão organizados em equipes multiprofissionais que visam assistir o objeto/sujeito de forma integral, vencendo a antiga conformação composta por uma equipe mínima, hierarquizada e baseada no modelo biomédico de assistência (MACEDO et al., 2013; MARINHO et al., 2011).

Para que haja essa visão holística do objeto/sujeito, os trabalhadores necessitam de uma prática laboral coletiva (MERHY; FRANCO, 2006, p. 282):

(...) o ‘trabalho em saúde’ é sempre realizado por um trabalhador coletivo. Não há trabalhador de saúde que dê conta sozinho do mundo das necessidades de saúde, o

objeto real do ‘trabalho em saúde’. (...). Deste modo, o trabalho de um depende do trabalho do outro. Uma caixa de ferramentas de um é necessária para completar a do outro. O trabalhador sempre depende desta troca, deste empréstimo. Porém, há um campo em comum entre todos os tipos de trabalhadores: todos eles, independente da sua formação ou profissão, são operadores da construção do cuidado, e portadores das valises tecnológicas; sendo que a valise das tecnologias leves, que produz relações, é igualmente de todos.

Nesse sentido, o objeto/sujeito, refere-se ao indivíduo ou comunidade, doente, sadio e/ou exposto a risco, que será transformado por meio de medidas curativas, preventivas e/ou de promoção da saúde, levando em consideração suas várias dimensões: biológica, psicológica, social e cultural, o que possibilita uma assistência integral ao indivíduo (SOUZA et al., 2010; YAMAMOTO et al., 2009)

Souza et al., (2010), trazem em seu estudo reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho e percebem que estes possuem duas concepções relacionadas ao objeto de trabalho em saúde: a primeira, de que o objeto é o usuário do serviço; a segunda é a de que o objeto é a assistência à saúde. Esta segunda visão parte principalmente dos trabalhadores de enfermagem que possuem o cuidado como objeto epistemológico transformador e, na prática de cuidar, o objeto é o ser humano portador de carência de saúde.

No contexto desse elemento do processo de trabalho em saúde, é importante destacar a o Controle Social e a nova posição conquistada pelo objeto/sujeito após a criação do SUS, no qual os princípios e diretrizes – Universalidade, Integralidade, Equidade, Descentralização, Participação da comunidade; Regionalização e Hierarquização - promoveram aos usuários uma posição de protagonismo no que se refere a participação nos processos decisórios sobre políticas públicas, estando incluídos em todas as esferas de gestão do SUS para a legitimação dos interesses da comunidade saúde (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

No entanto, apesar desse importante avanço, “a participação e o controle social não estão efetivados em plenitude”, e o que impossibilita esse processo, além dos interesses políticos para que a população não tenha conhecimento dos seus direitos, é a falta de informação, a maior parte da população não conhece seus espaços de participação e seu papel no acompanhamento, fiscalização e participação da gestão pública em saúde (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013, p. 145).

O próximo elemento do processo de trabalho em saúde são os instrumentos ou meios de trabalho, são as condutas, a destreza, as tecnologias, o próprio corpo do trabalhador e, sobretudo, o saber em saúde (YAMAMOTO et al., 2009). Souza et al., (2010, p. 452) complementam que:

São considerados instrumentos de trabalho também as “questões de ordem subjetiva, como paciência, sensibilidade, ética, boa vontade, que se caracterizam como habilidades pessoais necessárias para prestar uma assistência em saúde de qualidade, que podem ser peculiares do sujeito, ou desenvolvidas no decorrer de sua prática profissional.

Diante da discussão acerca desses instrumentos, não é raro perceber a dificuldade dos trabalhadores em identificar os elementos do seu próprio processo de trabalho, posto que confundem instrumentos com habilidades pessoais e características pertencentes à força de trabalho (SOUZA et al., 2010).

No setor saúde, o desconhecimento do trabalhador relacionado ao lugar que ocupa no processo de trabalho e dos elementos que compõe esse processo traz prejuízos não somente para a assistência, mas também dificulta o reconhecimento e valorização do saber específico de cada profissão. Nesse contexto, “a percepção dos trabalhadores e gestores sobre o processo de trabalho em saúde influencia as formas de organizá-lo e, conseqüentemente, o próprio cuidado” (SOUZA et al., 2010, p.450).

Para compreender a organização e as tecnologias do trabalho em saúde diante da realidade capitalista, Merhy apoiou-se nos estudos de Marx e, nessa perspectiva, descreveu três tipos de tecnologias utilizadas em um processo de trabalho de saúde: as tecnologias duras ou “valise” de mão, referente ao uso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais; as tecnologias leve-duras ou “valise” da cabeça, que diz respeito aos saberes bem estruturados, como a clínica e a epidemiologia ; e as tecnologias leves, que refere-se a produção das relações entre os sujeitos e só possuem concretude na prática (MERHY, 2000).

Quanto à finalidade do trabalho em saúde, esta advém da assimilação das necessidades em saúde e posterior organização dos trabalhadores diante das demandas, contudo, o trabalho em saúde possui intuito terapêutico, curativo ou de prevenção e promoção da saúde. Quanto ao produto do trabalho, é a atenção à saúde que é consumida e produzida simultaneamente,

logo, o trabalho em saúde não possui como resultado um produto palpável, uma vez que o produto é intrínseco ao processo que o produz, ou seja, é a própria assistência (SOUZA et al., 2010; YAMAMOTO et al., 2009).

Um ponto importante trazido por Souza et al., (2010) e que merece uma reflexão diante das características do processo de trabalho do setor saúde é a definição do produto final pelos trabalhadores como: satisfação, reconhecimento ou *stress*. Ainda que esses quesitos, segundo a literatura, não sejam considerados produtos, essas definições demonstram quão grande são os efeitos do trabalho na vida do indivíduo, sobretudo levando em consideração a evolução tecnológica em saúde e a necessidade de especialização do saber ao longo das décadas.

Essa evolução no setor saúde não acompanhou o aumento da sua complexidade, tampouco trouxe melhora das condições de trabalho, aumento de recursos materiais, humanos ou de espaço físico, assim, os trabalhadores de saúde convivem com esses impasses, que lhes causam conflitos pessoais e sofrimento, porém, fazem desse mesmo embaraço um passaporte para seu conforto e satisfação ao aliviar a dor do outro (SANTOS et al., 2010).

3.3. TRABALHO EM SAÚDE MENTAL

O trabalho em saúde mental possui uma característica marcante: a liberdade do trabalhador, segundo Franco (2009, p.1). Para este autor, o agente-sujeito determina como se dará a organização do seu processo de trabalho “e o faz conforme sua intencionalidade, sua proposta ética e política para o cuidado em saúde, as verdades que ele constitui para si mesmo”.

É a partir do trabalho vivo, base do trabalho em saúde, que se adquire a liberdade laboral e, no caso do trabalho em saúde mental, se oferece ao trabalhador a autonomia, a partir do vínculo entre trabalhadores, pacientes e comunidade, de sistematizar a assistência conforme seu modo único de trabalhar (FRANCO, 2009). Sampaio et al., (2011, p. 4690) comungam essa mesma ideia:

Assim, percebe-se que, como qualquer trabalho vivo em ato, o processo de trabalho em saúde mental, em todas as fases de sua realização, está sempre sujeito aos desígnios do trabalhador em seu espaço autônomo, particular, de concretização da

prática. Desta forma não é passível de total controle como nos modos de produção fabril/taylorista.

A prática psiquiátrica possui um histórico marcado pela concepção da sociedade do que é “normal” e dos comportamentos desviantes. Esses conceitos variam conforme a época e as circunstâncias históricas de cada sociedade. No contexto psiquiátrico, o comportamento desviante considerado patológico corresponde a um corpo que não funciona efetivamente, “revelando a presença de uma doença” (BECKER, 2008, p. 20).

O objeto-paciente, “foi se configurando nas variações socialmente produzidas pelas diversas práticas, formadoras de um saber conflitante, tenso como as finalidades assumidas por esse trabalho”. Sendo assim, o objeto de trabalho no novo modelo assistencial em saúde mental não foi alterado, a mudança ocorreu na prática psiquiátrica e na forma que os trabalhadores, gestores e comunidade passaram a reconhecer o objeto-paciente e sua complexidade (COELHO, 1996, p.47).

O paciente considerado como louco, antes da RPB, passa a ser um sujeito-cidadão, assistido de forma integral, levando em conta não só a patologia “mental”, mas também o seu contexto sociocultural, “respeitando-lhe o direito às diferenças e reconhecendo-lhe a cidadania”. O paciente assume um papel ativo no seu processo de tratamento e reabilitação. Se antes seu discurso não era valorizado, agora há alguma credibilidade, ou seja, a valorização da sua fala evita a cronificação da doença mental (COELHO, 1996; MARINHO et al., 2011, p. 144; PITTA, 2011; SAMPAIO et al., 2011).

A partir da nova compreensão do objeto-paciente em sofrimento mental, foram redirecionados a organização dos serviços e os processos de trabalho (SAMPALIO et al., 2011). A estrutura organizacional da saúde mental no Brasil passou de Médico-Assistencial-Privatista-Asilar, um espaço desumanizado que desfavorecia a reinserção do paciente na sociedade e na família, para Multiprofissional-Multidisciplinar-Integral-Pública-Territorializada (QUINDERÉ; JORGE, 2010).

Esses novos serviços substitutivos organizam-se de forma estratégica nos municípios, com intervenções interdisciplinares e multiprofissionais voltadas para reconstrução dos projetos de vida, resgate da cidadania e ampliação da autonomia (MARINHO et al, 2011).

Pitta, (2011, p. 4582), ao debater os principais desafios da RPB, destaca o papel dos trabalhadores de saúde dentro desses novos dispositivos de atendimento:

Tais espaços de trabalho dependem fortemente desses profissionais para “o tomar a si a responsabilidade de cuidar”, numa ação transdisciplinar potente. O lugar simbólico do medicamento e do médico na relação com o usuário é algo que precisa ser trabalhado, valorizado, e a um só tempo, desmistificado por esses profissionais. O enfrentamento do “modelo médico hegemônico”, tão decantado, vai significar uma clínica implicada de atenção à crise e à cotidianidade dos sujeitos desempenhada por todos os integrantes de uma equipe de “serviços substitutivos” ao manicômio.

Neste aspecto, pacientes e trabalhadores estão inseridos em um contexto complexo de desafios, resistências e conflitos, visto que a saúde mental brasileira ainda se encontra em um processo de transição. Se por um lado, houve a ampliação das possibilidades de desinstitucionalização através de serviços substitutivos, por outro, o próprio hospital psiquiátrico continua ativo (JAFELICE; MARCOLAN, 2018; REBOUÇAS et al., 2008).

Em consequência disso, os poucos trabalhadores da área de saúde mental acabam atuando ao mesmo tempo nos serviços hospitalares e substitutivos, aumentando as chances de reprodução das práticas hostis do hospital psiquiátrico nos serviços extra-hospitalares (JAFELICE; MARCOLAN, 2018; REBOUÇAS et al., 2008). Portanto, as novas modalidades de cuidado não são garantia de superação das formas manicomiais de expressão (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006).

Sampaio et al., (2011, p. 4686), ao analisarem o desafio técnico, político e ético do processo de trabalho em saúde mental, caracteriza-o como psicossocial, territorial, interdisciplinar e constituinte no campo da saúde coletiva:

(...) o psicossocial é imposição da natureza do objeto problema, o processo saúde/doença, e em recorte mais específico, o processo saúde/doença mental. A dimensão territorial é consequência da magnitude e da diversidade dos espaços de atuação, representados por populações portadoras de histórias singulares e de potências contraditórias de produção de significados, portanto de experiências e de formas vivas de expressão destas experiências. Observa-se o interdisciplinar como consequência da complexidade do conhecimento, que impede cada trabalhador de

saber tudo, mas instrumentaliza as saídas dos impasses e das fragmentações por meio de um corpo coletivo de trabalho, isto é, da equipe multiprofissional, atuando sob lógica integrada.

Contudo, o novo olhar voltado esta área não exerceu apenas mudanças organizacionais, houve também influências fundamentais no processo de trabalho, no qual os trabalhadores, importantes sujeitos-agentes de intervenção, passaram a adquirir novos saberes e modos de agir, apoiando suas práticas em habilidades técnicas e relacionais, já que no campo da saúde mental predomina o uso de tecnologias leves (SAMPAIO et al., 2011). Assim, que novas exigências são feitas aos trabalhadores da saúde mental pelo novo modelo de atenção e quais são as consequências?

Com o deslocamento do palco de atuação dos trabalhadores do ambiente hospitalar para a lógica dos serviços substitutivos de base territorial, estes agora sistematizam as ações do processo de trabalho com a finalidade de não apenas tratar a doença mental, mas também promover a saúde, orientar pacientes e familiares sobre suas experiências e potencializar o processo de reabilitação (GUIMARÃES, JORGE, ASSIS, 2011; OLIVEIRA et al., 2019; OLIVEIRA et al., 2018; SAIDEL et al., 2007).

À vista disso, passa a fazer parte do trabalho em saúde mental a luta cotidiana pela superação do modelo hospitalocêntrico guiado pela exclusão social e cronificação da doença mental, tem-se, portanto, o resgate da cidadania como um dos meios/instrumentos e finalidades do processo de trabalho na reforma psiquiátrica (OLIVEIRA; ALESSI, 2005).

Os meios e instrumentos de trabalho passaram a ter como foco as tecnologias leves deixando a terapia medicamentosa como alternativa secundária e ou concomitante a criação de vínculos, o acolhimento, a escuta e o resgate da cidadania (MARINHO et al., 2011). O trabalhador torna-se então facilitador na criação dos projetos terapêuticos individuais e coletivos ao produzi-los juntamente com os usuários e articulando as propostas à sociedade (GUIMARÃES, JORGE, ASSIS, 2011; OLIVEIRA et al., 2019; OLIVEIRA et al., 2018; SAIDEL et al., 2007; SAMPAIO et al., 2011).

Marinho et al., (2011, p. 144), aborda uma contrariedade diante deste discurso acerca da assistência baseada na humanização e garantia de autonomia dos usuários:

(...) as atitudes de vários profissionais ainda refletem a formação biologicista, centrada na doença e no processo de causa e efeito, sem a devida valorização dos saberes e das habilidades inerentes a cada sujeito em situação de distúrbio ou sofrimento psíquico.

Assim, a finalidade do trabalho neste campo vai além da promoção e prevenção à saúde, a cidadania está novamente inserida neste processo, não só como meio/instrumento para os trabalhadores, mas também como uma condição a ser conquistada dentro do processo de trabalho, ou seja, como uma finalidade (MARINHO *et al*, 2011; OLIVEIRA; ALESSI, 2005).

E, por se falar na finalidade do processo de trabalho em saúde mental, o produto desse processo de trabalho se trata do paciente independente e participativo do seu processo de recuperação. Se antes da RPB o tratamento era lento, meramente estabilizador para tratar crises pontuais, agora têm-se uma assistência integral e contínua (BABINSKI; HIRDES, 2004).

Sampaio et al., (2011) trazem em seu estudo algumas vantagens apresentadas pelos trabalhadores de saúde mental no que se refere ao seu processo de trabalho, após a reforma psiquiátrica, dentre elas, a vantagem ideológica, visto que o trabalhador adquire uma conduta de questionamento frente a suas práticas, deixando de lado o senso comum e a hierarquia assistencial do modelo biomédico. E a vantagem teórica, em que o trabalhador formula e aplica novas soluções para o tratamento do sofrimento mental, a partir da reelaboração de funções dos serviços de atendimento e criação de novos dispositivos de cuidado.

Há também a vantagem organizacional, já que os trabalhadores estão inseridos em equipes estrategicamente compostas e alocadas conforme as necessidades territoriais, quesito que favorece o processo de trabalho e o aperfeiçoamento das equipes (SAMPAIO et al., 2011).

Diante da vantagem organizacional, constata-se que o trabalho em saúde mental exerce influências fundamentais no processo de formação das equipes de trabalhadores. Se antes tínhamos equipes segmentadas, hoje as mesmas são encorajadas a compartilhar saberes e práticas sociais, rediscutindo as situações e determinando, em conjunto, as estratégias de intervenção essenciais para atender às variadas demandas e dimensões que manifesta o paciente em sofrimento mental (PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010).

É importante destacar que “apesar do investimento ideológico, político e técnico dos trabalhadores na construção dos serviços substitutivos, da priorização desses equipamentos na agenda política” e das vantagens teóricas do trabalho em saúde mental trazidas por Sampaio *et al* (2011), também existem obstáculos que fazem parte da realidade do trabalho de saúde em geral, tais como: as condições precárias de trabalho, falta de materiais e equipamentos, dimensionamento inadequado de pessoas que gera sobrecarga de trabalho, baixa remuneração com vínculos empregatícios precarizados e falta de capacitação profissional.

Tais entraves, provenientes do subfinanciamento do SUS, juntamente com o descompasso existente entre o que preza a PNSM e a operacionalização dos dispositivos da RAPS, tornam frágeis a abrangência e a acessibilidade aos serviços. As consequências que podem ser destacadas a partir dessas questões são: a desarticulação da rede no que se refere à referência e contrarreferência; o aumento das reinternações psiquiátricas; dificuldade na gestão do território e dos projetos terapêuticos individuais e coletivos e a conservação da terapêutica centrada na medicalização (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006; SAMPAIO *et al.*, 2011; MARINHO *et al.*, 2011).

Além disso, todo comprometimento técnico-político, organizacional e físico da RAPS pode conferir impacto na satisfação da equipe e efeitos de sofrimento para a vida do trabalhador. Logo, tendo em consideração estas dificuldades e a nova forma de atuar na assistência em saúde mental que demanda do trabalhador um maior vínculo com os pacientes, principalmente com os mais graves que necessitam de um tratamento contínuo, têm-se por consequência a sobrecarga de trabalho, sendo esse um fator determinante de qualidade na assistência (REBOUÇAS *et al.*, 2008; SAMPAIO *et al.*, 2011).

O novo caminho percorrido pelos trabalhadores segundo Marinho *et al.*, (2011, p.145), portanto, é composto por grandes desafios:

(...) a construção de saberes e práticas nessas instituições torna-se uma tarefa desafiadora, pois existem barreiras a transpor, tais como as prováveis angústias e os desgastes das equipes multiprofissionais, cujos membros divergem na forma de pensar e trabalhar a saúde mental dos usuários nos serviços; a escassez de capacitação dos profissionais da atenção básica para intervir no caso de pessoas em sofrimento mental; e a interferência dos interesses comerciais vinculados ao adoecer mental, mediante a luta ferrenha contra o fechamento dos leitos em hospitais psiquiátricos.

Ainda que os trabalhadores de saúde estejam sujeitos a todos esses problemas, a nova configuração estabelecida na assistência em saúde mental tem formado sujeitos-agentes conscientes de suas responsabilidades na busca por melhores condições de trabalho e de assistência ao paciente em sofrimento mental. “Notam-se interesse e o esforço coletivo pela associação teórico-prática, que não envolve somente o interesse individual do trabalhador, mas a ação política e a efetiva participação popular” (MARINHO et al., 2011, p.).

A partir desta reflexão acerca das novas circunstâncias em que o trabalhador atuante nos serviços de saúde mental está inserido, da forma como os elementos do seu processo de trabalho interagem no contexto social, econômico e cultural brasileiro, e as consequências que tal interação podem trazer para a RAPS, usuários, e trabalhadores, foi possível elaborar um quadro de evolução do processo de trabalho em saúde mental antes e depois da RPB.

QUADRO 1: Evolução do processo de trabalho em saúde mental a partir da RPB.

PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL	ANTES DA RPB	DEPOIS DA RPB
MODELO	Médico-assistencial-privatista-asilar (Hospitais Psiquiátricos)	Serviços públicos de base territorial
AGENTE/SUJEITO	Equipe mínima composta por: Médico/Enfermeira/AE/SS (Trabalhadores de saúde inseridos em uma rigidez hierárquica)	Equipe interdisciplinar e multiprofissional
OBJETO/SUJEITO	Doente Mental	Usuário em sofrimento mental
MEIOS	Medicamentos	TECNOLOGIAS LEVES: Oficinas, acolhimento, terapia comunitária, visita domiciliar, cidadania.
FINALIDADE	Estabilização	Promoção, prevenção, cura, cidadania.
ESPAÇO	Hospital	Dispositivos Substitutivos
TEMPO	Lento, intermitente	Contínuo
PRODUTO	Estabilizado,	Curado,

	Cronificado, Sem autonomia	Independente, Participativo.
--	-------------------------------	---------------------------------

Fonte: Elaborado pela autora.

A análise desse quadro traz uma visão otimista relacionada às conquistas do novo modelo assistencial em saúde pós reforma psiquiátrica a partir da análise do processo de trabalho em saúde mental. No Brasil, a institucionalização da saúde mental é recente, e, portanto, ainda de difícil adaptação para muitos dos trabalhadores, “pois isso envolve complexas questões filosóficas e existenciais, que não mudam repentinamente” (MARINHO et al., 2011).

No entanto, o próprio processo de trabalho em saúde mental representa uma militância do trabalhador, visto que a troca de saberes e práticas dentro da equipe interdisciplinar e o vínculo estabelecido entre usuários, família e comunidade nos novos serviços substitutivos são importantes estimuladores de mudanças e avanços. Além disso, a criação de políticas públicas sempre ancoradas nos princípios da reforma psiquiátrica e da consolidação de uma rede melhor articulada, também favorecem a evolução da saúde mental no Brasil (MARINHO et al., 2011).

3.4 CONDIÇÕES DE TRABALHO

Para abordar as questões referentes às condições de trabalho, é essencial trazer as contribuições de Gorz, a partir da análise dos estudos de Marx e Hegel sobre o trabalho. Este autor coaduna com a ideia de que a evolução histórica do capitalismo tornaria substituível o “trabalho vivo” pelo “trabalho morto” ao passar a exigir do trabalhador, a partir das alterações do modo organizacional de produção, habilidades intelectuais e criativas (GIMENEZ; KREIN; MORETO, 2018; GONDIM et al., 2018).

No entanto, as mudanças dos novos modos de produção são compostas também por elementos que sustentam a sua tese da impossibilidade de continuar estruturando o bem-estar social e a coesão da cidadania a partir do trabalho assalariado. “Para Gorz todas as mudanças ocorridas do mundo do trabalho são precárias e evoluem no sentido da “barbarização e não a civilização”, principalmente a partir das novas formas de contratação que torna o trabalhador totalmente subordinado ao trabalho (GIMENEZ; KREIN; MORETO, 2018, p. 12).

Dado que as novas formas de desenvolver o trabalho possuem como finalidade o aumento da produtividade a partir de uma mão de obra barata, os frutos dessa ordem se estabelecem na precarização e deterioração das condições de trabalho, aumento da carga horária, falta de proteção social e poder de flexibilização do empregador em determinar as condições de trabalho. Em resumo, a classe trabalhadora encontra-se dependente e subordinada ao trabalho, isto é, precisa se encaixar ao que é determinado ou corre o risco do desemprego (CAMPOS, 2017; GIMENEZ; KREIN; MORETO, 2018).

No Brasil, é possível perceber um entrave nesse cenário no que diz respeito à proteção laboral e prevenção do ambiente de trabalho seguro e sadio. Por um lado, o trabalhador é amparado por leis trabalhistas e Normas regulamentadoras (NR) do Ministério de trabalho e emprego além da legislação previdenciária, por outro, tem-se a aprovação da Reforma Trabalhista com a Lei nº 13.467/2017, que traz retrocessos referentes às relações e condições de trabalho e possibilita a terceirização (COSTA; COSTA; CINTRA, 2018; GONDIM *et al*, 2018).

Costa, Costa e Cintra (2018, p. 116), afirmam que com a Lei da Reforma Trabalhista, a tendência é que haja “um aumento brutal dos acidentes de trabalho, doenças e incapacidades, além de maiores dificuldades de adquirir as garantias da Previdência Social”, já que a terceirização transfere a responsabilidade da empresa contratante para uma empresa menor que normalmente não investe em segurança e expõem os trabalhadores a maiores riscos de acidentes:

A principal razão disso são as condições precárias de trabalho, às quais os trabalhadores terceiros são submetidos diariamente [...], pois [...] as empresas não investem em medidas preventivas, mesmo que as atividades apresentem situações de maior vulnerabilidade aos trabalhadores.

No âmbito na saúde, da mesma maneira, o trabalho sofre alterações de acordo com os processos produtivos provocados pelas solicitações do capitalismo através dessas formas de contratação. No caso da terceirização da saúde, um ponto grave a ser abordado é que no lugar de promover melhores condições de trabalho, o trabalhador precisa acumular vínculos devido à baixa remuneração advindas das contratações por cooperativas e temporárias, sendo essa instabilidade e insegurança geradora de sofrimento, estresse e ansiedade (COSTA; COSTA; CINTRA, 2018; GUIMARÃES, JORGE, ASSIS, 2011).

Além disso, as novas formas de contratação enfraquecem a classe trabalhadora e os movimentos sindicais a partir da perda dos direitos trabalhistas antes conquistados, visto que com os atuais vínculos empregatícios os indivíduos “não são considerados trabalhadores de fato, nem desempregados, pois, de modo geral, oscilam entre as duas condições (GONDIM et al., 2018, p. 63).

Gondim et al., (2018, p. 71), ainda complementam que a falta de estabilidade no emprego torna o trabalhador descompromissado com a melhoria da assistência prestada:

(...) já que o profissional, não se sentindo pertencente, pode não conseguir fazer investimentos que necessitem ser desenvolvidos a longo prazo. Especialmente pelo fato de, nos modelos de gestão atuais, caber ao próprio profissional a responsabilidade por sua qualificação, ou seja, não há incentivo financeiro ou redução de carga horária por parte da instituição. Os usuários dos serviços de saúde, nesse sentido, acabam também impactados.

O mecanismo de gestão do trabalho em saúde no Brasil também representa um desafio para a consolidação do SUS, para as melhorias das condições de trabalho e está envolvido em “interesses e políticas administrativas, compromissos, certas disponibilidades de meios de trabalho, instalações e formas de interagir com a clientela; representa, ainda, maior ou menor satisfação no trabalho” (GUIMARÃES, JORGE, ASSIS, 2011, p. 2146).

A partir disso é que emerge a precarização do trabalho em saúde, já que a assistência e o desempenho do trabalhador devem se organizar de forma articulada com as condições de trabalho, muitas vezes inadequadas e com os objetivos da instituição (GUIMARÃES; JORGE; ASSIS, 2011).

Especificamente em saúde mental, o trabalho está inserido em um complexo contexto de reestruturação organizacional e dos processos de trabalho, assim, ao mesmo tempo em que o trabalhador participa dos avanços do novo modelo assistencial, também sofre com as dificuldades advindas dessa recente configuração, as quais repercutem em seus processos de trabalho, na satisfação e podem provocar prazer ou sofrimento (GUIMARÃES, JORGE, ASSIS, 2011; SAMPAIO et al., 2011).

Algumas das dificuldades enfrentadas nesse campo são citadas por Marco et al., (2008, p.179), sendo elas:

“A falta de investimentos em recursos humanos no setor da saúde mental vem agravando-se, gerando falta de profissionais qualificados, achatamento salarial e não-reposição de pessoal. Este fato, além de ocasionar contratações de temporários, cooperativas de profissionais, serviços terceirizados e, até mesmo, trabalho voluntário, contribui para o aumento da sobrecarga de trabalho sentida pela equipe, altos níveis de estresse, burnout e sintomas depressivos e ansiosos.

Além disso, não são raras as críticas relacionadas à complexidade burocrática que prejudicam a realização dos projetos terapêuticos; as condições de trabalho inadequadas que limitam os espaços essenciais para a prática assistencial em saúde mental; o baixo dimensionamento de pessoal causando sobrecarga de trabalho e a falta de formação permanente em serviço. Verifica-se, então, que a implantação da RAPS não constitui prioridade nos orçamentos públicos, o que reflete diretamente na estrutura das instituições e nas condições de trabalho das equipes (SAMPAIO et al., 2011).

Um ponto importante diante dessa discussão são os custos não-econômicos gerados por conta do impacto da carga de trabalho. O estresse ocupacional e o sofrimento psíquico trazem danos para a assistência e é durante o processo de avaliação dos serviços e dos tratamentos de saúde que os prejuízos são detectados. Vale destacar também, que mesmo diante de uma equipe multiprofissional, cada componente apresenta uma forma específica de exercício do trabalho com etapas diferentes, e, portanto, com desgastes singulares (MARCO et al., 2008).

Para Athayde e Hennington (2012, p. 997) afirmam que além das dificuldades intrínsecas ao trabalho em saúde mental, o trabalhador ainda precisa lidar com as dificuldades advindas das condições precárias de trabalho:

A responsabilidade de atuar conforme os pressupostos da Reforma Psiquiátrica – reinventando, porém, cotidianamente a atividade – demanda o uso de potencialidades individuais de forma talvez exaustiva, se considerarmos que há um esforço extra na medida em que não há condições de trabalho necessárias.

Portanto, o ambiente de trabalho passa a ser caracterizado como um local continuamente desrespeitoso e doentio ao submeter o trabalhador a condições inadequadas, na qual sempre estarão nos seus limites físicos e psíquicos, sujeitos a acidentes de trabalho e doenças ocupacionais que incapacitam pessoas em plena idade produtiva (FERNANDES *et al*, 2017).

Diante da precarização das condições de trabalho e, muitas vezes, da falta de apoio e reconhecimento da gestão (governo), os trabalhadores se colocam como base de sustentação para o funcionamento dos serviços, desenvolvem em grupo as formas de atuação a partir das dificuldades em que se encontram e seguem apoiando-se um nos outros e no reconhecimento dos usuários para a contínua luta pelos princípios da Reforma Psiquiátrica (ATHAYDE; HENNINGTON, 2012).

3.5 TRABALHO, ADOECIMENTO E SOFRIMENTO

Diante dos desafios do trabalho nos serviços de saúde encontrados na literatura, confirma-se a importância de apoderar-se das investigações relacionadas à saúde dos trabalhadores. Para essa análise, é necessário levar em consideração a reorganização do trabalho, que possui caráter neoliberal desde os anos 1980, quando passou a ter características flexíveis de organização e gestão do trabalho, alta produtividade, competitividade e rentabilidade (LACAZ, 2014).

Lacaz (2014), sugere que para compreender os aspectos que envolvem a relação Trabalho-Saúde, é necessário adotar o conceito de capitalismo organizacional quando se busca analisar a reorganização de tais espaços sob a influência do modelo de gestão da coisa pública. Esse novo padrão produtivo pode causar danos à saúde devido a organização hierárquica presente nos serviços, que impede a autonomia e liberdade do uso do saber pelos trabalhadores, essa imposição de limites leva ao sofrimento e desgaste.

Levando em consideração o que preza a Organização Mundial de Saúde (OMS), “a saúde do trabalhador e a saúde ocupacional são pré-requisitos cruciais para a produtividade e são de suma importância para o desenvolvimento socioeconômico e sustentável” (OMS, 2005), todavia, são muitos os frutos negativos gerados pelo capitalismo e suas mudanças no processo produtivo, contexto em que o trabalho se torna sofrimento, adoecimento e alienação (MACÊDO, 2018).

Ocorre que a fase flexível do capitalismo torna a prática laboral prejudicial e coloca o trabalhador em situações de vulnerabilidade e estresse. Nesse sentido, o que deveria ser a matriz de prazer e realização torna-se origem de inúmeros prejuízos à saúde (CAMPOS, 2017, p. 799):

A exigência da polivalência, a pressão pelo aumento da produtividade, associada à contenção salarial, à instabilidade no trabalho, jornadas prolongadas e o medo do desemprego implicam em sofrimento no trabalho e na falta deste, acarretando doenças tanto físicas, como psíquicas, que afetam a subjetividade do trabalhador, podendo levar ao desencadeamento de adoecimento mental, o que tem sido um fenômeno facilmente observável no cotidiano dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

São muitas as doenças relacionadas à prática laboral, contudo, para Monteiro, Cruz e Dias (2013, p. 842):

(...) o trabalho não é, por si só, fator de adoecimento, mas determinadas condições de trabalho e seus âmbitos podem causar prazer ou desgaste no trabalhador e, dependendo da forma como o trabalho é realizado, pode ser fonte de satisfação pessoal e profissional.

A alienação advinda da atual configuração do trabalho torna o trabalhador um ator totalmente manipulado pelo sistema, as consequências dessa dominação ultrapassam seus limites corporais e mentais, sendo evidenciadas na insatisfação, nos danos físicos e, “de forma ainda mais devastadora, atingem a ordem psíquica e espiritual, manifestando-se em sintomas psicossomáticos” (CAMPOS, 2017, p. 807; OMS, 2016).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), o quantitativo de pessoas incapacitadas para o trabalho devido ao adoecimento mental é crescente, “uma a cada cinco pessoas no trabalho podem sofrer de algum problema de saúde mental” (BRASIL, 2017). Dessa forma, os impactos do adoecimento mental avançam para além dos processos de trabalho e atingem também a vida pessoal e social do trabalhador, comprometendo as relações interpessoais, causando isolamento social, angústia, instabilidade emocional, estresse dentre outros (CAMPOS, 2017; OMS, 2016; PRADO, 2016).

Prado (2016, p. 286), define o estresse ocupacional como “um conjunto de perturbações psicológicas ou sofrimento psíquico associado às experiências de trabalho”. A partir da exposição repetida ao mesmo elemento estressor, o organismo em fase de exaustão responde com o desenvolvimento de afecções graves que podem se manifestar a partir de transtornos mentais, doenças cardiovasculares, músculo esqueléticas, reprodutivas e até como problemas comportamentais, “incluindo abuso de álcool e drogas, aumento do tabagismo e distúrbios do sono” (OMS, 2016; PRADO, 2016).

Um outro dano causado a longo prazo pelo trabalho é a Síndrome de Burnout, fenômeno ocupacional relacionado ao trabalho em saúde mais citado na literatura. Esse fenômeno causado pelo estresse emocional crônico de pessoas que tratam de outros seres humanos se apresenta por meio de sintomas somáticos e psíquicos, como: fadiga, cefaleias, distúrbios gastrointestinais, insônia e dispneia, humor depressivo, irritabilidade, ansiedade, exaustão, negativismo, ceticismo e desinteresse (KOVÁCS, 2010; OMS, 2019).

Alves et al., (2013), acrescentam que as doenças psíquicas relacionadas ao trabalho, frequentemente deixam de ser reconhecidas e valorizadas, apesar de acometer um grande número de trabalhadores e estarem normalmente representadas por sintomas físicos.

Shoji, Souza e Farias (2015), explicam que essa questão se dá pela falta de conhecimento dos trabalhadores com relação aos riscos ocupacionais a que estão expostos e por não relacionarem seu processo de trabalho à doença. Outro ponto é a insuficiente preocupação por parte das instituições com a proteção, promoção e manutenção da saúde dos trabalhadores, são realizadas apenas avaliações individuais com providências atenuantes, desconsiderando a real causa dos problemas de saúde (LACAZ, 2014; SHOJI, SOUZA, FARIAS (2015).

Os transtornos mentais são a terceira principal causa de afastamentos do trabalho, “cerca de 9% do total de auxílios-doença são decorrentes desse tipo de adoecimento”, daí a necessidade de empregadores e trabalhadores reconhecerem a importância da promoção da saúde do trabalhador, identificarem os primeiros sinais de adoecimento e as condições de trabalho que possam conduzir aos riscos ocupacionais (BRASIL, 2017).

Trivellato (1998) define risco ocupacional como “uma condição ou conjunto de circunstâncias que têm o potencial de causar um efeito adverso, que pode ser: morte, lesões, doenças ou danos à saúde do trabalhador, à propriedade ou ao meio ambiente”. Sendo assim, a depender da realidade vivida, a saúde do trabalhador é o primeiro aspecto a sentir as consequências (LIMA et al., 2019).

Porém, apesar dos trabalhadores perceberem a exposição aos riscos durante suas atividades laborais, são mais atentos aos riscos biológicos e de acidentes, desprezando os fatores invisíveis eminentemente perigosos e causadores de sofrimento psíquico. (SOUZA et al., 2012).

Dejours (1992), p.10, define sofrimento como “um estado de luta do sujeito contra forças que o estão empurrando em direção à doença mental”. Mattos e Schlindwein (2014), ao discutirem os efeitos desestabilizadores da subjetividade no trabalho, entendem que as forças referidas por Dejours se tratam dos fatores existentes na organização do trabalho, abarcando a hierarquia, os ritmos, os sistemas de controle e a repartição das responsabilidades e atividades realizadas separadamente por cada trabalhador.

Segundo Athayde e Hennington (2012, p. 991), o sofrimento faz parte da vida, porém, no cenário laboral poderá tomar rumos diferentes:

(...) ou se transformará em prazer, numa experiência estruturante do sujeito, tornando-se o trabalho um operador de saúde por meio de seu desdobramento em superação na dinâmica do reconhecimento – um sofrimento denominado “criativo”; ou, caso contrário, tomará o caminho negativo do adoecimento, o sofrimento patogênico.

Um outro problema relacionado a saúde do trabalhador moderno levado em consideração pelo MS são as Lesões por esforços repetitivos/Doenças osteomusculares relacionadas com o trabalho (LER/DORT), que “têm representado importante fração do conjunto dos adoecimentos relacionados com o trabalho” e “causado inúmeros afastamentos do trabalho, cuja quase totalidade evolui para incapacidade parcial, e, em muitos casos, para a incapacidade permanente, com aposentadoria por invalidez” (BRASIL, 2002, p. 24):

São afecções decorrentes das relações e da organização do trabalho existentes no moderno mundo do trabalho, onde as atividades são realizadas com movimentos repetitivos, com posturas inadequadas, trabalho muscular estático, conteúdo pobre das tarefas, monotonia e sobrecarga mental, associadas à ausência de controle sobre a execução das tarefas, ritmo intenso de trabalho, pressão por produção, relações conflituosas com as chefias e estímulo à competitividade exacerbada.

Nota-se, portanto, que o trabalhador necessita continuamente superar suas capacidades a partir de um “renormatização” dentro do ambiente de trabalho composto por adversidades provenientes do próprio processo de trabalho e das condições laborais inadequadas. Nesse contexto, ao levar em consideração a transversalidade da saúde do trabalhador com o trabalho

e seus efeitos nocivos, identifica-se a necessidade de proteção e vigilância da saúde do trabalhador (ATHAYDE; HENINGTON; PRADO, 2016).

No Brasil, a partir da Lei Orgânica da Saúde - LOS (Lei nº 8.080/90), que regulamentou o SUS e definiu as competências relacionadas a saúde do trabalhador, a prática laboral passou a ser caracterizada como um fator determinante e condicionante da saúde (BRASIL, 2002). No entanto, somente em 2012 a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) foi instituída pela Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, visando uma atenção integral à saúde do trabalhador, redução de acidentes e doenças relacionados ao trabalho, por meio de ações de promoção, reabilitação e vigilância em saúde (BRASIL, 2012).

Diante das leis e das políticas públicas de proteção ao trabalhador, aspectos ambientais e organizacionais aos quais os trabalhadores estão expostos devem ser levados em consideração de acordo com as especificidades dos seus processos de trabalho. Além disso, no campo da saúde, é necessário que haja maior valorização das ações voltadas para a saúde do trabalhador nas agendas dos gestores nas três esferas de governo, visto que os trabalhadores são sujeitos essenciais em todas as redes de saúde do SUS e possuem tipos de adoecimento específicos que exigem estratégias específicas (BRASIL, 2002).

Siqueira (2011, p. 23), relaciona as novas formas produtivas do capitalismo com a saúde do trabalhador, uma vez que alienados e submissos perdem o controle dos seus processos de trabalho e de si mesmos, sendo assim, uma forma de evitar as doenças ocupacionais é redirecionar o trabalhador para o domínio do seu trabalho:

Para isso, a reapropriação pelo indivíduo do seu poder de transformação, do seu gesto, do seu ambiente de trabalho e de si mesmo é condição essencial. A falta de controle leva, ao que tudo indica, ao mal-estar e sofrimento do trabalhador. Sofre o trabalhador, perde a organização.

O trabalho, portanto, deveria funcionar como um recurso terapêutico e não apenas como fonte de pressões patogênicas e de sobrevivência, funcionando na vida do trabalhador como vivência de prazer e “alívio de suas tensões e dos pensamentos ruins, além de manter sua funcionalidade dentro da sociedade” (FERNANDES *et al*, 2017, p. 4196; SIQUEIRA, 2011).

3.6 SATISFAÇÃO

A satisfação é um fenômeno dinâmico e complexo, pois possui diferentes concepções que evoluíram com o passar dos anos juntamente com a lógica da sociedade capitalista, facilitando a compreensão dos elementos determinantes e consequências deste fenômeno no processo de trabalho (MARQUEZE; MORENO, 2005), sendo assim, as concepções que mais se adequam ao objeto deste estudo são a “estrutural” e a “motivacional”. Sobre a concepção estrutural da satisfação, Marinho (1988, p. 41-42) traz que:

Tal posição teórica consiste em argumentar que os fatores que descrevem a configuração formal da organização são determinantes cruciais dos sentimentos afetivos que os trabalhadores experimentam em relação ao trabalho. Essa linha de raciocínio pressupõe que características estruturais, tais como a forma organizacional (alongamento ou achatamento da hierarquia), o tamanho da organização, diferenças no alcance do controle etc., criam condições que fazem as estruturas organizacionais variarem, contribuindo para a satisfação ou insatisfação crescentes entre os trabalhadores.

No que se refere à concepção motivacional da satisfação, Marinho (1988, p. 41-42) trata como uma linha de pensamento que enfatiza as características do próprio trabalho como motivador:

Um pressuposto dessa abordagem é que certas condições objetivas são a base da motivação humana para o trabalho e dessas condições deriva também a satisfação que o indivíduo sente. Alguns dos estudos mais representativos dessa linha de pensamento argumentam que os fatores centrais na satisfação do trabalho são encontrados nas relações interpessoais, tais como a comunicação, o estilo de liderança e de supervisão.

Mayo ao abordar a questão da satisfação no trabalho, propõe que o que torna o trabalhador insatisfeito são as relações de autoridade potencializadas pelo avanço do capitalismo que fragmenta e dissocia o trabalhador do seu processo de trabalho, portanto, para que houvesse satisfação o mesmo deveria “se reconciliar com o seu trabalho”, visto que “a produção do trabalho é uma função do grau de satisfação no trabalho” (BERTERO, 1968, p. 82).

Gorz (2003, p. 30), que com o capitalismo o trabalho passou a ser apenas um “meio de ganhar a vida”:

O tempo de trabalho e o tempo de viver foram desconectados um do outro; o trabalho, suas ferramentas, seus produtos, adquiriram uma realidade separada do trabalhador e diziam agora respeito a decisões estranhas a ele. A satisfação em "fazer uma obra" comum e o prazer de "fazer" foram suprimidos em nome das satisfações que só o dinheiro pode comprar.

A satisfação encontra-se entre o que o trabalhador pretende com o seu trabalho e o que ele percebe que está recebendo, é nesse ponto que a satisfação passa influenciar nos vários aspectos da vida do trabalhador, impactando desde a sua saúde física e mental, na vida pessoal e até na própria organização na qual trabalha (FIGUEIREDO, 2012; MARQUEZE; MORENO, 2005; MARTINEZ; PARAGUAY, 2003, p. 65):

A satisfação no trabalho seria, então, um estado emocional prazeroso, resultante da avaliação do trabalho em relação aos valores do indivíduo, relacionados ao trabalho. Insatisfação no trabalho seria um estado emocional não prazeroso, resultante da avaliação do trabalho como ignorando, frustrando ou negando os valores do indivíduo, relacionados ao trabalho. Assim, a satisfação e insatisfação no trabalho não são fenômenos distintos, mas situações opostas de um mesmo fenômeno, ou seja, um estado emocional que se manifesta na forma de alegria (satisfação) ou sofrimento (insatisfação)

A partir dessas concepções, a satisfação no trabalho pode ser considerada um elemento subjetivo criado a partir da percepção do trabalhador sobre o seu ambiente laboral, e, a partir disso, é possível identificar as formas de organização, gestão e relações de um serviço, dado o impacto desses quesito para o trabalhador, sendo a satisfação, portanto, um instrumento de avaliação de qualidade, por considerar a percepção dos atores envolvidos (FIGUEIREDO, 2012; GUIMARÃES, JORGE, ASSIS, 2011; REBOUÇAS, 2008).

No caso dos serviços de saúde, por serem ambientes compostos por diferentes sujeitos (trabalhadores, gestores e usuários) e diferentes interesses, tornam-se quase sempre espaços conflituosos com inúmeras necessidades que constituem satisfações e insatisfações, sendo a insatisfação tida como uma expressão de sofrimento psíquico para o trabalhador (GUIMARÃES, JORGE, ASSIS, 2011; SAMPAIO et al., 2011).

Mais especificamente nos serviços de saúde mental, a satisfação e/ou insatisfação estão diretamente relacionadas ao desafio que é novo modelo de atenção psicossocial. A possibilidade de implementação dos projetos terapêuticos em conjunto com os usuários e as relações interpessoais entre a equipe podem ser consideradas fontes de prazer. No entanto, fatores como a sobrecarga de trabalho, a tensão existente na transição do novo modelo assistencial, a precarização, a falta de recursos e de valorização dos profissionais, são alguns pontos que refletem a insatisfação dos trabalhadores (PELISOLI; MOREIRA; KRISTENSEN, 2007; SAMPAIO *et al*, 2011).

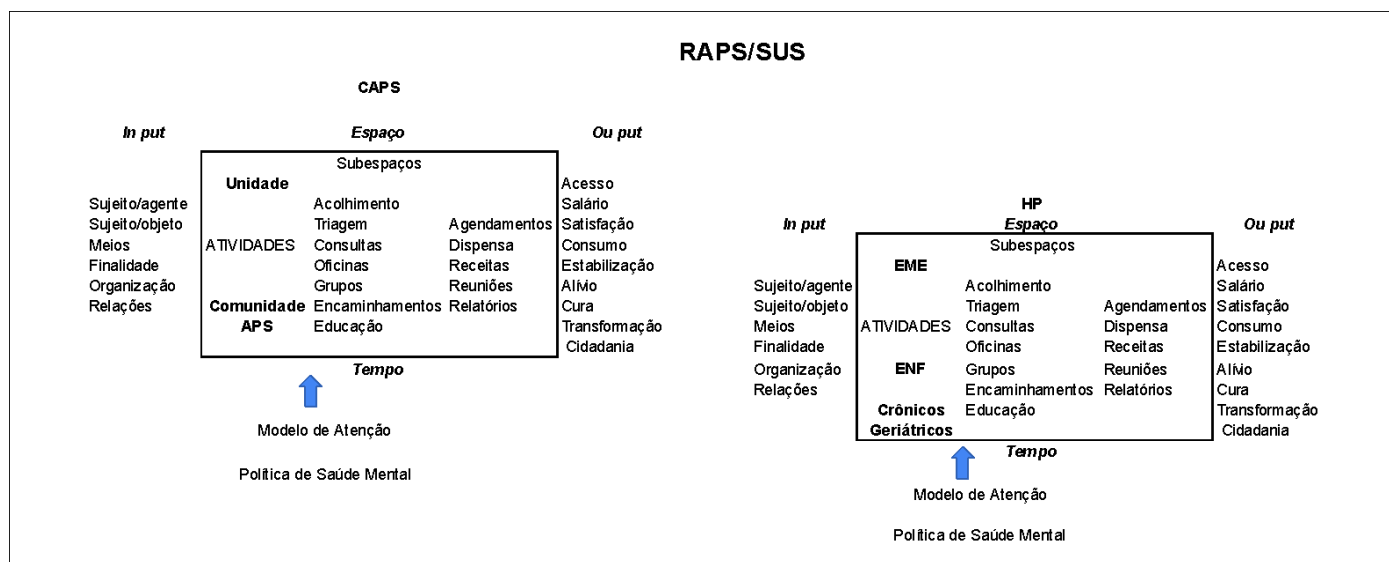
Logo, ao avaliar a satisfação no trabalho, é necessário levar em consideração alguns determinantes como: de personalidade do trabalhador, no qual os atributos pessoais influenciam a forma como cada indivíduo lida com os desafios do trabalho; o valor atribuído ao trabalho, que está relacionado com os valores pessoais de cada indivíduo; a natureza do ambiente de trabalho, no qual a satisfação é fruto do sentimento de realização, dos planos de carreira e promoções, do reconhecimento profissional, da autonomia na tomada de decisões, da estabilidade que representa o recebimento do salário, condições de trabalho dignos e as boas relações interpessoais com colegas e supervisores (MARQUEZE; MORENO, 2005; MARTINEZ; PARAGUAY, 2003).

Nesse contexto, as consequências decorrentes da satisfação ou insatisfação podem envolver a saúde, “onde indivíduos mais satisfeitos com seu trabalho apresentam melhor qualidade de saúde e menor ocorrência de doenças, tanto no que se refere à saúde física como mental”; a qualidade de vida “por meio da generalização das emoções do trabalho para a vida fora do trabalho” e o comportamento dos trabalhadores, que se manifesta no absenteísmo, na alta rotatividade, na queda de produtividade e geram custos desnecessários aos serviços (MARQUEZE; MORENO, 2005; MARTINEZ; PARAGUAY, 2003, p. 68; REBOUÇAS, 2008).

Em suma, como em qualquer outro setor, no âmbito da saúde, a satisfação é uma condição permanente para a realização do trabalho e para a manutenção da saúde do trabalhador, logo, o sucesso de um serviço e a assistência da qualidade estão diretamente relacionados com a devida valorização das necessidades e satisfação do trabalhador. Por isso, com a devida atenção a esses quesitos, é possível implementar medidas e estratégias no ambiente de trabalho que visem a promoção e proteção da saúde, evitando o desperdício com

recursos humanos, já que investir em saúde e bem-estar é estimular o trabalho com satisfação e a produtividade.

QUADRO 2 – Modelo Teórico



Fonte: Elaborado pela autora

4 METODOLOGIA

A pesquisa é parte da atividade básica do ser humano em sua indagação com a realidade que, embora se constitua como prática teórica, leva à realização de ações para possíveis transformações dessa realidade. A metodologia, por sua vez, é entendida como caminho do pensamento, devendo portar o instrumental necessário para a abordagem do real, além de incorporar concepções teóricas para a efetiva articulação entre conteúdos, pensamentos e existência (MINAYO, 1999).

Nesse contexto, o método é visto como parte central das teorias sociais, pois aborda a visão social de mundo veiculada na teoria. Em outras palavras, a metodologia envolve o próprio processo de desenvolvimento das coisas. Dessa forma, é apresentado a seguir o

percurso metodológico para o alcance dos objetivos da pesquisa Processo de trabalho em serviços da Rede de Atenção Psicossocial de um município do Nordeste.

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, do tipo exploratória. A abordagem qualitativa consiste na obtenção de dados descritivos textuais a partir de contato direto do pesquisador com o objeto de estudo. Para Minayo (1999), o objeto das ciências sociais é essencialmente qualitativo, dado que a realidade social é bastante dinâmica e, sem dúvida, traz consigo uma riqueza de significados que não podem ser quantificados.

Nesse contexto, ao pesquisar o processo de produção de trabalhadores de saúde em serviços da RAPS, as entrevistas terão a fala desses participantes como principal forma de revelar condições estruturais, de sistemas de valores, desse grupo específico em condições históricas, socioeconômicas e culturais, relacionadas às questões desta pesquisa (MINAYO; SANCHES, 1993).

Inicialmente, foi realizada uma revisão bibliográfica para o aprimoramento em relação à temática, de modo a possibilitar, por meio de seu embasamento conceitual e teórico, a análise dos dados e informações relativas ao processo de trabalho dos profissionais de saúde atuantes na RAPS.

4.2 Campo de Investigação

O campo de investigação deste estudo foi composto por dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), tipo II e III, e de uma Unidade Hospitalar Psiquiátrica, todos pertencentes à Rede de Atenção à Saúde Mental do município de Feira de Santana.

O município de Feira de Santana, é segunda cidade mais populosa da Bahia, possui uma população de 614.872 habitantes, segundo estimativa do IBGE para 2019, e densidade demográfica de 416,03 habitantes/km² (IBGE, 2019). A macrorregião Centro-Leste, a maior do estado da Bahia, possui um total de 72 municípios, dos quais Feira de Santana é referência, possuindo 661 estabelecimentos de saúde credenciados e 1.107 leitos SUS, conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), de 2015 (BAHIA, 2020). A

RAPS da região de saúde de Feira de Santana possui 18 CAPS, mas dos 28 municípios, apenas 14 (50%) possuem esse serviço (DATASUS, 2016).

O estudo não abrangeu toda a rede, que é muito ampla, por isso a escolha das unidades e serviços utilizou os seguintes critérios:

Nível de complexidade: Buscou uma distribuição espacial afinada para comparar os processos de trabalho nos níveis de atenção da Rede de Atenção Psicossocial, escolhendo apenas serviços especializados em saúde mental, esse critério explica a exclusão da APS como campo deste estudo.

Desse modo, na unidade hospitalar, foram estudados processos de trabalho nas seguintes unidades do serviço: Emergência; Enfermarias de média permanência masculina e feminina e a UPG (Unidade Psico-geriátrica), portando, foram priorizadas as unidades cujo produto final era a saúde e não um produto intermediário, serviços que apresentaram processos de “núcleo duro” do trabalho em saúde e as condições consideradas mais desgastantes para os sujeitos envolvidos.

Modalidade dos serviços: Para facilitar o diálogo dos resultados foram privilegiados os CAPS II e III por atenderem ao mesmo público e tempo de implantação maior que dois anos.

4.3 Sujeitos do estudo

Os sujeitos do estudo foram trabalhadores de saúde da RAPS no município de Feira de Santana e não trabalhadores lotados na saúde. Esta foi uma opção metodológica que se justifica pela necessidade de restringir o escopo dos processos de forma a viabilizar o estudo que é qualitativo. Foram entrevistados 13 trabalhadores, das seguintes categorias profissionais: enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, assistentes sociais, e psicólogos. Todos os trabalhadores ocupavam postos de trabalho diretamente relacionados a sua profissão.

Quanto aos sujeitos da pesquisa, esses além de atuarem nos CAPS e unidade hospitalar definida, atenderam às seguintes condições:

Profissional: Completude e diversidade de categorias profissionais dentro de uma mesma equipe, levando-se em conta a participação destes profissionais no corpo técnico do hospital, além de constituírem profissionais que estivessem a mais tempo na equipe de saúde;

Temporal: Profissional deveria estar trabalhando há, no mínimo, seis meses ininterruptos no mesmo serviço. Foram privilegiados profissionais com mais tempo na instituição.

Para garantir o anonimato dos participantes, os nomes dos profissionais foram substituídos pela letra inicial do serviço – “H” para Hospital Psiquiátrico e “C” para CAPS – seguidos pela abreviatura da função/categoria profissional desempenhada, como, TEC (técnico de enfermagem), ENF (enfermeiro), MED (médico), PSICO (psicólogo) e AS (assistente social) e pela numeração da ordem dos entrevistados. Na apresentação e discussão dos resultados, foram utilizados os seguintes códigos: "[...]" para significar que parte da fala foi excluído; e "..." para exemplificar as pausas que ocorreram durante as falas.

HP		CAPS2				CAPS3			
TEC	ENF	TEC	ENF	MED	PSIC	TEC	ENF	AS	PSIC
HPTE1	HPENF1	C2TE1	C2ENF1	C2MED1	C2PSICO1	C3TE2	C3ENF 2	C3AS1	C3PSIC2
HPTE2	HPENF2								
	HPENF3								

QUADRO 3 – Codificação dos sujeitos entrevistados na alta e média complexidade da RAPS.

4.4 Coleta de dados

Devido ao período de pandemia do novo COVID-19 e da suspensão temporária das atividades presenciais, fez-se necessário uma mudança metodológica referente às técnicas e instrumentos de coleta deste estudo que operaram com a análise de textos produzidos pela

coleta de fontes primárias: **Entrevistas Semiestruturadas**, que foram realizadas através da modalidade a distância e mediante Roteiro (ANEXO A) já testado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) (ANEXO G) para a pesquisa em unidades de Atenção Básica, adaptado às unidades hospitalares (ANEXO E) e agora aos serviços da Rede de Atenção Psicossocial, que conta com os seguintes blocos:

BLOCO I. Identificação e trajetória profissional do (a) entrevistado (a), (quem é o sujeito entrevistado?);

BLOCO II. O processo de trabalho dos profissionais da saúde (como se dá o processo de trabalho dos profissionais de saúde e quais as especificidades dos elementos que o constitui: sujeito, objeto, meios, espaço e finalidade?);

BLOCO III. Resultados projetados e alcançados (Como são as relações entre os elementos constitutivos do processo, o trabalho em si, e os resultados projetados e alcançados a partir da percepção dos sujeitos da práxis em saúde?);

BLOCO IV. Circunstâncias de sofrimento, adoecimento e superação (Quais são as situações de adoecimento, sofrimento e superação, relativas tanto ao sujeito-trabalhador, são vivenciadas e significadas, cotidianamente?

As entrevistas semiestruturadas permitem um certo direcionamento das respostas para os objetivos da pesquisa e facilita o entendimento dos objetivos de comunicação pelos entrevistados e a análise de conteúdo. Possibilitando também, que o entrevistado discorra sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-estabelecidas pela pesquisadora (MINAYO, 2007).

Vale ressaltar que durante a realização da entrevista estavam presentes na videochamada apenas a pesquisadora responsável por esta pesquisa e o entrevistado (a), além disso, a realização das entrevistas foi precedida da apresentação da pesquisadora aos sujeitos participantes, do esclarecimento sobre os objetivos do estudo, os benefícios, da técnica de coleta de dados e das garantias éticas da pesquisa. Somente após a concordância dos sujeitos a coleta de dados foi iniciada.

As videochamadas foram gravadas mediante a autorização do (a) entrevistado (a), como forma de garantir o registro de depoimentos com fidedignidade, e, posteriormente foram transcritos e armazenados no banco de dados do Núcleo de Saúde Coletiva/UEFS. A

autorização foi obtida com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, atendendo à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

A técnica de observação participante não fez parte da pesquisa devido às restrições advindas da pandemia, o que dificultou a melhor compreensão da realidade. O observador está em relação face a face com os observados, no seu cenário cultural, colhe dados (MINAYO, 1994). Sendo assim, a utilização dessa técnica foi suspensa impossibilitando a compreensão de situações e fenômenos que não foram captados durante a entrevista.

4.5 Análise e interpretação dos dados

Após coletados, os dados foram organizados por fontes, por natureza e por categorias de análise do estudo com o auxílio do software QSR NVivo 10.0.641.0, que oferece aprimorados recursos que simplificam a sistematização e análise de dados qualitativos (NUNES, 2017). A categoria analítica principal é a produção da saúde que pode ser apreendida por meio do processo de trabalho que se desdobra em: sujeito, objeto, meios, finalidade, divisão do trabalho (organização), tempo, espaço, resultados do trabalho, prazer, sofrimento, adoecimento e superação.

Os depoimentos, após leitura, foram tratados por meio do método de análise de conteúdo, que é uma técnica que aborda as vivências do sujeito, assim como suas compreensões sobre determinado objeto e seus fenômenos (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014). Desta forma, a análise de conteúdo ultrapassa as incertezas e engrandece a leitura dos dados coletados entendendo criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo claro ou disfarçado, as significações nítidas ou ocultas (MOZZATO; GRZYBOVSKI, 2011).

Segundo Bardin (2011), a análise de conteúdo é dividida em três fases: Na **pré-análise**, as entrevistas foram transcritas (na íntegra) e logo depois foi realizada uma leitura flutuante para seleção de material a ser utilizado nesta pesquisa, de acordo com os objetivos. Após essa etapa, na **fase de organização**, com o auxílio do software QSR NVivo, as falas foram organizadas em categorias analíticas pré-dadas pelo referencial teórico e que orientaram o processo de interpretação:

Caracterização dos sujeitos trabalhadores: constituída por elementos como a idade, o sexo, o estado civil, os filhos, a formação, tempo de formação, pós-graduação, trabalhos anteriores, função atual na unidade, tempo de experiência e tempo de atuação;

Condições de trabalho: Esta categoria forma um contexto que permite entender melhor os aspectos da condição de emprego como o regime de trabalho; carga horária; existência ou não de folga, e se o sujeito trabalha em outros lugares;

Processo de trabalho e seus elementos: Serão analisadas as características de cada elemento do trabalho nos processos cotidianos que envolvem atividades estruturadas, semi-estruturadas e não estruturadas assim como as condições em que se dão, tais como: sujeitos trabalhadores e sujeitos usuários do serviço com seus conhecimentos, técnicas, materiais e instrumentos mais utilizados; o funcionamento e organização do trabalho; os espaços onde o trabalho é desenvolvido e seus riscos; atividades mais desgastantes e que demandam mais tempo;

Satisfação do sujeito com seu trabalho: Esta categoria busca conhecer os efeitos esperados pelo trabalhador, a partir da análise das relações entre os elementos constitutivos do processo o trabalho em si e os resultados projetados e alcançados a partir da percepção dos sujeitos da práxis em saúde;

Sufrimento, adoecimento e percepção de risco: Compreender como as situações de adoecimento, sofrimento e superação, relativas ao sujeito-trabalhador, são vivenciadas e significadas, cotidianamente.

Na fase final, caracterizada **como tratamento dos resultados e interpretação**, os mesmos foram trabalhados de forma a serem significativos e válidos. Posteriormente, os resultados foram descritos e debatidos com o respaldo da literatura pesquisada.

4.6 Aspectos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo CEP da UEFS em 15/03/2021, parecer n° 4.590.470 e CAAE: 38532620.5.0000.0053 (ANEXO D). Fez interface com dois projetos de pesquisa em andamento no Núcleo de Saúde Coletiva (NUSC) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS): “Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores de saúde na Bahia. Subprojeto 3: Processo de trabalho em saúde na atenção básica” (CAEE 0086.0.059.000-09) e “Capacidade de gestão e cuidado à saúde em uma Rede Hospitalar do SUS” (CAEE 34392314.1.0000.0053, parecer: 864.183), todos também aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEFS.

Cabe ressaltar que a SESAB e a Secretária de Saúde de Feira de Santana autorizaram a realização da pesquisa, conforme se apresenta nos Anexos B e C. O estudo pretendeu trazer benefícios, pois possibilita conhecer e se aproximar do processo de trabalho dos trabalhadores de saúde, a fim de propor melhorias nas condições de trabalho, reduzindo os efeitos negativos à saúde desses profissionais.

A autorização para participação na pesquisa foi obtida com a assinatura do TCLE, atendendo à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que trata dos aspectos éticos nos estudos no campo da saúde e apresenta as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos. Esta resolução, por sua vez, incorpora os princípios da autonomia; o de beneficência e não maleficência e o de justiça, e abaixo está descrito como foram respeitados esses princípios nessa pesquisa:

- Autonomia: os participantes do estudo terão total liberdade para escolher participar da pesquisa, e autorizar ou não a utilização dos dados;

- Beneficência: o presente tem como propósito despertar a comunidade acadêmica a pensar em seu processo de trabalho, bem como nos elementos do mesmo que podem causar danos à sua saúde como futuros profissionais, apresentar a situação das condições de trabalho e saúde de profissionais de saúde e oferecer, através da parceria estabelecida entre o NUSC, HELR e a Secretaria Municipal de Feira de Santana, respaldo às ações de saúde para estes trabalhadores, o que consiste um benefício social.

- Não-Maleficência: para não causar prejuízo aos sujeitos, será garantido o anonimato dos nomes presentes nos dados, os dados não serão utilizados para o uso pessoal ou

divulgações que não estiverem vinculadas a produções científicas em parceria com o núcleo; não serão feitos comentários destrutivos baseados em juízo de valor para não expor o núcleo e principalmente os sujeitos que originaram os dados.

- Justiça: será garantido o direito de acesso a todos os envolvidos na pesquisa, através de uma cópia do trabalho que ficará no NUSC, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, localizados na Universidade Estadual de Feira de Santana e outra na Secretaria Municipal de Saúde do município de Feira de Santana.

REFERÊNCIAS

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface - Comunic., Saúde, Educ**, v.10, n.20, p.299-316, 2006.

ALVES, A.P. Avaliação do impacto do trabalho em profissionais de saúde mental de uma instituição psiquiátrica. **Rev Min Enferm**, v.17, n.2, p. 424-428, 2013.

ALVES, S.R; SANTOS, R.P; YAMAGUCHI, M.U. Enfermagem em serviços de saúde mental: percepção sobre satisfação profissional e condições de trabalho. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 8, e-1852, 2018.

ALVES, S.R; SANTOS, R.P; YAMAGUCHI, M.U. Satisfação da equipe de enfermagem em serviços de saúde mental: um estudo comparativo entre profissionais de instituição pública e privada. **Rev Min Enferm**, v. 21, e-993, 2017.

ANTUNES, S. M. M. O.; QUEIROZ, M. S. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: Uma análise qualitativa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 207-215, 2007.

ATHAYDE, V; HENNINGTON, E.A. A saúde mental dos profissionais de um Centro de atenção Psicossocial. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.22, n.3, p. 983-1001, Rio de Janeiro, 2012.

BABINSKI, T; HIRDES, A. Reabilitação psicossocial: a perspectiva de profissionais de centros de atenção psicossocial do rio grande do sul. **Texto Contexto Enferm**, v. 13, n.4, p. 568-76, 2004.

BAHIA. Regiões de Saúde do Estado da Bahia. 2020. Disponível em: http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/municipioch.asp?CIDADE=291080. Acesso em: 05 mar 2020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 229 p., 2011.

BARROS, A. C. F; BERNARDO, M. H. A lógica neoliberal na saúde pública e suas repercussões para a saúde mental de trabalhadores de CAPS. **Revista de Psicologia da UNESP**, v.16, n.1, p. 60-74, 2017.

BARROSO, S.M; SILVA, M.A. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. **Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo**, v.12, n.1, p. 66-78, 2011.

BECKER, H. S. Outsiders: estudos de sociologia do desvio. Tradução de Maria Luiza X. de Borges. Revisão técnica Karina Kuschnir. 1ª ed. – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.

BERLINGUER, G. et al. *Reforma sanitária: Itália e Brasil*, São Paulo, HUCITEC- CEBES, 1988.

BERTERO, C. O. Algumas observações sobre a obra de G. Elton Mayo. **Revista de Administração de Empresa**. São Paulo: FGV, v. 27, p. 73-95, 1968.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 9 de junho de 2001. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. "Saúde mental no trabalho" é tema do Dia Mundial da Saúde Mental 2017, comemorado em 10 de outubro. Brasília, 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/ultimas-noticias/2523-saude-mental-no-trabalho-e-tema-do-dia-mundial-da-saude-mental-2017-comemorado-em-10-de-outubro>. [acesso em 06 mar 2020].

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de Dez de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 59, 13 de junho de 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>>. Acesso em: 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. O que é a Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf. [acesso em 06 mar 2020].

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Drogas, 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/politica-nacional-de-saude-mental-alcool-e-outras-drogas>>. Acesso em: 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, DE 23 DE AGOSTO DE 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 23 de Agosto de 2012. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 02 mar 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, DF, 26 de dezembro de 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 02 mar 2020.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. (Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família, nº 5). Área Técnica de Saúde do Trabalhador – Brasília, 63p, 2002.

CAMPOS, M.R. Trabalho, alienação e adoecimento mental: as metamorfoses no mundo do trabalho e seus reflexos na saúde mental dos trabalhadores. **Rev. de Políticas Públicas**, v. 21, n2, p797-811, 2017.

CARVALHO, V.D; BORGES, L.O; RÊGO, D.P. Interacionismo Simbólico: Origens, Pressupostos e Contribuições aos Estudos em Psicologia Social. **Psicologia Ciência e Profissão**, v.30, v.1, p. 146-161, 2010.

CAVALCANTE, M.T. A Reforma Psiquiátrica brasileira: Ajudando a construir e fortalecer o Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.9, p. 1962-1963, Rio de Janeiro, 2008.

CAVALCANTE, R.B; CALIXTO, P; PINHEIRO, M.M.K. Análise de Conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Rev. Inf. & Soc.: Est.**, João Pessoa, v.24, n.1, p. 13-18, jan /abr, 2014.

COELHO, T.C.B.; ARAUJO, T.M; ALMEIDA, T.S.C; SILVA, E.A.L; SANTOS, D.V. Discursos de trabalhadores da estratégia saúde da família sobre o Sus. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, v. 5, p. 1, 2015.

CONSTANTINIDIS,T.C, et al. Concepções de Profissionais de Saúde Mental acerca de Atividades Terapêuticas em CAPS. **Trends Psychol**, Ribeirão Preto, v. 26, n. 2, p. 911-926, 2018.

COSTA, B, S; COSTA, S.S; CINTRA, C.L.D. Os possíveis impactos da reforma da legislação trabalhista na saúde do trabalhador. **Rev Bras Med Trab**, v.16, n.1, p. 109-17, 2018.

DATASUS. Informações de Saúde. Tipos de Estabelecimentos. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabba>. Acesso em: 6 mar 2020.

DEJOURS, C. A Loucura do Trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. 5ª Ed. São Paulo: Cortez – Oboré, 1992.

FARIA H. P, et al. Processo de trabalho em saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: COOPMED; 2009.

FARIA, H.X; ARAUJO, M.D. Uma Perspectiva de Análise sobre o Processo de Trabalho em Saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde Soc**, v.19, n.2, p.429-439, São Paulo, 2010.

FARIA, R.M; BORTOLOZZI, A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no brasil. **R. RAÍE GA**, n. 17, p. 31-41, Curitiba, Editora UFPR, 2009.

FERNANDES, M.A. A relação saúde mental e trabalho: estudo em um ambulatório integrado de saúde mental. **Rev enferm UFPE [online]**, Recife, v.11(Supl. 10), p. 4191-9, Recife, 2017.

FERREIRA, M. Processo de trabalho e suas repercussões na vida e saúde de trabalhadores de hospitais públicos sob gestão direta do estado da Bahia. Orientadora: Thereza Christina Bahia Coelho Dissertação [Mestrado, 145f] - Universidade Estadual de Feira de Santana. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2017.

FIGUEIREDO, J.M. O que faz você feliz? Estudo sobre a satisfação no trabalho dos profissionais de informação de uma IFES. [Dissertação de Mestrado, 174f] – Mestrado em Sistema de Gestão. Orientadora: Hilda Maria Rodrigues Avelato. Universidade Federal Fluminense, Escola de Engenharia, 2012.

FRANCO, T.B. Gestão do Trabalho em Saúde Mental. Disponível em: <<http://www.professores.uff.br/tuliofranco/wp-content/uploads/sites/151/2017/10/9gestao-trabalho-saude-mental.pdf>>. Acesso em: 12 de mar de 2020.

GIMENEZ, D.M; KREIN, J.D; MORETTO, A. Considerações sobre o trabalho e a crítica à racionalidade econômica em Andre Gorz. **Texto para Discussão**. Unicamp. IE, Campinas, n.340, 2018.

GONDIM, A.A. O impacto do processo de precarização laboral em serviços de saúde. **Rev. SBPH** v. 21 n.1, Rio de Janeiro, 2018.

GORZ, André. Metamorfoses do trabalho- Busca do sentido: Crítica a razão econômica. p, 22-31. Editora: Annablume, 2003.

GUIMARÃES, J.M.X; JORGE, M.S.B; ASSIS M.M.A. (In) satisfação com o trabalho em saúde mental: Um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.4, p. 2145-2154, 2011.

HEIDRICH, A.V. Reforma Psiquiátrica à Brasileira: Análise sob a perspectiva da desinstitucionalização. Porto alegre: PUC – RS. Tese (Doutorado, 205f). Pontifícia

Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Porto Alegre, BR- RS, 2007.

IBGE. Cidades. Feira de Santana: IBGE, 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/feira-de-santana.html>. Acesso em: 05 mar 2020.

JAFELICE, G.T; MARCOLAN, J.F. O trabalho multiprofissional nos Centros de Atenção Psicossocial de São Paulo. **Rev Bras Enferm** [Internet], v.71, n. 5, p. 2259-66, 2018.

JESUS, G.F; COELHO, T.C.B. Condições estruturais dos centros de atenção psicossocial (CAPS) de Feira de Santana-BA. **Rev. Saúde Col. UEFS**, Feira de Santana, n. 5, v. 1, p. 51-58, 2015.

KOVÁCS, M.J. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. **O Mundo da Saúde**, v.34, n.4, p. 420-429, São Paulo, 2010.

LACAZ, F.A.C. A Saúde/Adoecimento do Trabalhador em Saúde: aspectos teórico-conceituais. In: Os desafios do trabalho na Atenção Básica. **Boletim do Instituto de Saúde**, v.1, n.2, 2014.

LIMA, A.F.S. Reconhecimento dos riscos no trabalho do Consultório na Rua: um processo participativo. **Rev Esc Enferm USP** , v.53, e 03495, 2019.

LIMA, E.M.F.A. YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde debate [online]**, v.38, n.102, p. 593-606, Rio de Janeiro, 2014.

MACÊDO, D.V.C. Algumas considerações sobre o trabalho e sua precarização no contexto capitalista. **Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro**, n. 41, v. 16, p. 240 – 255, 2018.

MACEDO, J.Q. et al. Práticas em serviço de saúde mental: interface com a satisfação Profissional. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n.4, p. 999-1006, 2013.

MARCO, P.F et al. O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional, **J Bras Psiquiatr**, v.57. n.3, p. 178-183, 2008.

MARINHO, A. M. et al. Reflexões acerca da Reforma Psiquiátrica e a (re) construção de políticas públicas. **Rev. Min. Enferm**, v.15, n.1, p. 141-147, 2011.

MARINHO, M.S.C. ABORDAGENS TEÓRICAS À SATISFAÇÃO NO TRABALHO: Um balanço crítico. **Revista de Administração de Empresas**, v.28, n.4, p. 41-48. São Paulo, 1988.

MARQUEZE, E.C; MORENO, C.R.C. Satisfação no trabalho – uma breve revisão. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v.30, n.112, p. 69-79, São Paulo, 2005.

MARTINEZ, M.C; PARAGUAY, A.I.B. Satisfação e saúde no trabalho – aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 6, p. 59-78, 2003.

MARX, K. **O Capital: crítica da economia política**. São Paulo: Editora Nova Cultura Ltda, 1996.

MATEUS, M.D; MARI, J.J. O sistema de saúde mental brasileiro: avanços e desafios. In: CERQUEIRA, L.R. Políticas de saúde mental. São Paulo: instituto de saúde. 2013.
Disponível em
<http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/outras-publicacoes/politicas_de_saude_mental_capa_e_miolo_site.pdf> Acesso em 6 de mar de 2020.

MATTOS, C.B.M; SCHLINDWEIN, V.L.C. “Excelência e produtividade”: novos imperativos de gestão no serviço público. **Psicologia & Sociedade**, v.27, n.2, p. 322-331, 2014.

MATTOS, N.F.M.S. O processo de trabalho da enfermagem no CAPS III de Campinas a partir da clínica ampliada e compartilhada. **Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde** da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. [Dissertação de Mestrado]. Campinas, SP, 2016.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.4, n.6, p.109-16, 2000.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Trabalho em Saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (org.). **Dicionário da Educação e Trabalho em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. p 278 – 84.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10. Ed. **Revista e aprimorada**, 406p. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

MONTEIRO, A.C.P; CRUZ, L.M.L; DIAS, A.C.P. Enfermagem e saúde do trabalhador em instituição psiquiátrica. **Rev Min Enferm**, v.17, n.4, p. 838-845, 2013.

MONTEIRO, A.C.P; CRUZ, L.M.L; DIAS, A.C.P. Enfermagem e Saúde do Trabalhador em Instituição Psiquiátrica. **Rev Min Enferm**, v. 17, n.4, p. 838-845, 2013.

MONTEIRO, J. K. Organização do trabalho e sofrimento psíquico de trabalhadores da saúde. In A. M. Mendes, A. R. C. Merlo, C. F. Morrone & E. P. Facas (Orgs.). **Psicodinâmica e clínica do trabalho: temas, interfaces e casos brasileiros** (pp. 335-346). Curitiba: Juruá, 2010.

MOZZATO, A.R; GRZYBOVSKI, D. Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios. **Revista de Administração Contemporânea**, v.15, n.4, p. 731-747, 2011.

NOGUEIRA, R.P. Relações de trabalho no setor saúde: As dimensões do trabalho em saúde, p. 71-76. In: AMÂNCIO F.A; MOREIRA, M.C.G.B, (Orgs). Saúde, trabalho e formação profissional [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 138 p, 1997.

NUNES, J.V; WOLOSZYN, M; GONÇALVES, B, S; PINTO, M, D. A pesquisa qualitativa apoiada por *softwares* de análise de dados: uma investigação a partir de exemplos. **Revista Fronteiras – estudos midiáticos**, v.19, n.2, p. 233-244, maio/agosto 2017.

OLIVEIRA, A.G.B; ALESSI, N.P. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n.1, p. 191-203, 2005.

OLIVEIRA, I.C.L, et al. Cultura de segurança: percepção dos profissionais de saúde em um hospital mental. **Rev Bras Enferm [Internet]**, v.71(Suppl 5), p. 2316-22. [Thematic issue: mental health], 2018.

OLIVEIRA, J. D. S; ALVES, M.S. C. F; MIRANDA, F.A.N. Riscos ocupacionais no contexto hospitalar: desafio para a saúde do trabalhador. **Revista de Salud Pública**, v. 11, n. 6, p. 909-917, 2009.

OLIVEIRA, J.F. et al. Satisfação profissional e sobrecarga de trabalho de enfermeiros da área de saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.24, n.7, p.2593-2599, 2019.

PACHECO, S.U.C; RODRIGUES, S.R; BENATTO, M.C. A importância do empoderamento do usuário de CAPS para a (re)construção do seu projeto de vida. **Mental**, v. 12, n. 22, p. 72-89, Barbacena-MG, 2018.

PELISOLI, C; MOREIRA, A.K; KRISTENSEN, C.H. Avaliação da satisfação e do impacto da sobrecarga de trabalho em profissionais de saúde mental. **Mental**, v.5, n.9, p. 63-78, Barbacena, 2007.

PINHO, L.B et al. Avaliação qualitativa do processo de trabalho em um centro de atenção psicossocial no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v.30, n.4, p.354–60, 2011.

PINHO, L.B; HERNÁNDEZ, A.M.B; KANTORSKI, L.P. Trabalhadores em saúde mental: contradições e desafios no contexto da reforma psiquiátrica. **Revista de Enfermagem**, v.14, n.2, p. 260-267, abr-jun. 2010.

PITTA, A. M. F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011.

PRADO, C.E.P. Estresse ocupacional: causas e consequências. **Rev Bras Med Trab**, v.14, n.3, p.285-9, 2016.

QUINDERÉ, P.H.D; JORGE, M.S.B. (Des) Construção do Modelo Assistencial em Saúde Mental na Composição das Práticas e dos Serviços. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.3, p.569-583, 2010.

REBOUÇAS, D., et al. O trabalho em saúde mental: Um estudo de satisfação e impacto. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 624-632, 2008.

ROLIM, L.B; CRUZ, R.S.B.L.C; SAMPAIO, K.J.A.J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: Uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 96, p. 139-147, Rio de Janeiro, 2013.

ROSA, L.C.S. Política pública brasileira de saúde mental: Cenários e atores no contexto neoliberal. IX Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luís, MA, 25 a 28 de agosto

2009. Disponível em:
http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIV/OLD/eixos_OLD/12.%20Impasses%20e%20Desafios%20das%20Políticas%20de%20Seguridades%20Social/POL%C3%8DTICA%20P%C3%9ABLICA%20BRASILEIRA%20DE%20SA%C3%9ADE%20MENTAL%20CENARIOS%20E%20ATORE.pdf> Acesso em: 10 de mar 2020.

ROTOLO, et al. Saúde mental na Atenção Primária: desafios para a resolutividade das ações. **Esc. Anna Nery**, v.23 n.2, Rio de Janeiro, 2019.

SAIDEL, M.G.B. O enfermeiro psiquiátrico numa instituição estatal: estudo exploratório descritivo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.28, n.2, p. 200-6, 2007.

SAMPAIO, J.J.C. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.12, p. 4685-4694, 2011.

SANTANA, A.M.B; ASSIS F.A.G; ANDRADE L.D.F; LIRA P.R.B. Processo do trabalho em saúde na atenção primária: um passeio pela literatura. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações**, v.11, n.2, p. 3-10, 2013.

SANTOS, A.M. et al. Análise dos níveis de satisfação de trabalhadores de saúde mental de um hospital público de referência psiquiátrica em Belém (PA). **Rev. baiana saúde pública**, v.35, n.4, p.813-825, 2011.

SEMERARO, G. A concepção de “trabalho” na filosofia de Hegel e de Marx. **Educação e Filosofia**, v. 27, n.53, p. 87-104, Uberlândia, 2013.

SERAPIONI, M. Franco Basaglia: Biografia de um revolucionário. **História, Ciências, Saúde**, v.26, n.4, p.1169- 1187, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2019.

SHOJI, S; SOUZA, N.V.D.O; FARIAS, S.N.P. Impacto do ambiente laboral no processo saúde doença dos trabalhadores de enfermagem de uma unidade ambulatorial especializada. **Rev Min Enferm**, v.19, n.1, p. 43-4, 2015.

SILVA, A.T.M.C; BARROS, S. Trabalho de enfermagem no Hospital Dia na perspectiva da reforma psiquiátrica em João Pessoa – Paraíba. **Rev Esc Enferm USP**, v. 39, n.3, p. 310-6, 2005.

SILVA, G.M, et al. O processo de trabalho na supervisão clínico-institucional nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 309-322, junho 2012.

SILVEIRA, TCBC. A prática psiquiátrica em ambulatório de uma instituição pública: o caso do Juliano Moreira. Salvador; 1996. [Mestrado Dissertação – Universidade Federal da Bahia]. Salvador, 1996.

SIQUEIRA, F.J.S. Saúde mental do trabalhador de saúde: uma revisão bibliográfica. Monografia (Curso de especialização em Gestão do Trabalho da Educação em Saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

SOUSA, F.S.P; JORGE, M.S.B. O retorno da centralidade do hospital psiquiátrico: retrocessos recentes na política de saúde mental. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, e0017201, 2019.

SOUZA S.S, et al. Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. **Rev. Eletr. Enf.** [online]. v.12, n,3, p.449-55, 2010.

SOUZA, M.C; AFONSO, M.L.M. Saberes e práticas de enfermeiros na saúde mental: desafios diante da Reforma Psiquiátrica. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v.8, n.2, p.332-347, jul -dez, 2015.

SOUZA, N.V.D.O. et al, 2012. Riscos ocupacionais relacionados ao trabalho de enfermagem em uma unidade ambulatorial especializada. **Rev. enferm.** UERJ, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p. 609-14, 2012.

SOUZA, S.S. Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v. 12, n.3, p. 449-55, 2010.

TEIXEIRA, D.L.P; SOUZA, M.C.A.F. Organização do processo de trabalho na evolução do capitalismo. **Rev. Adm. Empr**, v,25, n.4, p. 65-72, Rio de Janeiro,1985.

TELES, A.S. et al. Acidentes de trabalho com equipe de enfermagem: uma revisão crítica. **Rev. Saúde Col. UEFS**, Feira de Santana, v.6, n.1, p. 62-68, 2016.

TRIVELLATO, G. C. Metodologias de reconhecimento e avaliação qualitativa de riscos ocupacionais. São Paulo: Fundacentro, 1998.

World Health Organization. CID: Burnout é um fenômeno ocupacional. Rio de Janeiro: WHO; 2019. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5949:cid-burnout-e-um-fenomeno-ocupacional&Itemid=875. [Acesso em 06 mar 2020].

World Health Organization. Estresse no ambiente de trabalho cobra preço alto de indivíduos, empregadores e sociedade. Rio de Janeiro: WHO; 2016. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5949:cid-burnout-e-um-fenomeno-ocupacional&Itemid=875. [Acesso em 06 mar 2020].

World Health Organization. Saúde do Trabalhador. WHO; 2005. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=378:sau-do-trabalhador&Itemid=685. [Acesso em 06 mar 2020].

YAMAMOTO, D.M, et al. O processo de trabalho dos enfermeiros em Unidades de Alojamento Conjunto pediátrico de instituições hospitalares públicas de ensino do Paraná. **Texto contexto e enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 224-232, 2009.

5 RESULTADOS

5.1 Artigo 1

ESPECIFICIDADES DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL SPECIFICITIES OF THE WORK PROCESS IN MENTAL HEALTH

Jéssica Vieira dos Santos

Thereza Christina Bahia Coelho

Resumo

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, do tipo exploratória que tem como objetivo analisar o processo de trabalho em dois dispositivos da RAPS, a saber Hospital Psiquiátrico e Centros de Atenção Psicossocial, representantes dos modelos pré e pós RPB, de um município do Nordeste brasileiro. Foram entrevistados 13 trabalhadores de saúde: enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, assistentes sociais, e psicólogos. A entrevista semiestruturada foi utilizada como instrumento de coleta através da modalidade à distância. A análise foi realizada através do método de análise de conteúdo, tendo como categorias analíticas que orientaram o processo de interpretação: a caracterização dos sujeitos trabalhadores; condições de trabalho; e processo de trabalho, que se desdobra em sujeito, objeto, meios, finalidade, espaço e produto do trabalho. No estudo, sobressaíram as dificuldades de implantação da política de saúde mental vigente, tanto nos CAPS quanto no hospital psiquiátrico, constituindo-se como obstáculos para alcançar a finalidade do processo de trabalho em saúde mental.

Palavras Chave: Saúde Mental; Processo de Trabalho; Pandemia.

Abstract

This is a qualitative, exploratory research that aims to study the type of work process in RAPS devices, namely Psychiatric Hospital and Care and Post RPB Centers, representatives of pre-RPB models, in a municipality of the Brazilian Northeast. 13 health workers were helped: nurses, nursing technicians, doctors, social workers, and psychologists. The semi-structured interview was used as a collection instrument through the distance modality. The analysis was carried out through the content method, having as analytical analysis techniques that guide the interpretation process: the characterization of the workers; work conditions; and work process, which unfolds in object, means, purpose, space and work product. In the study, the difficulties in implementing the current mental health policy stood out, both in the CAPS and in the psychiatric hospital, constituting obstacles to achieving the purpose of the mental health work process.

Keywords: Mental Health; Work process; Pandemic

INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), movimento que iniciou no Brasil no final da década de 70, produziu importantes transformações no campo da saúde mental. A conquista da saúde como direito de todo cidadão na Constituição Federal de 1988, a mudança no conceito de saúde e a luta antimanicomial, implicaram na aprovação da Lei Federal nº 10.216, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, que dispõe sobre a proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial (BRASIL, 2001; CABRAL; DAROSCI, 2019).

Ademais, com o objetivo de ampliar e unir diversos serviços e pontos de atenção territorial à saúde para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, foi implantada, em dezembro de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), tornando o modelo de cuidado mais integral e coerente com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), privilegiando o tratamento em serviços de base comunitária (ANTUNES; QUEIROZ, 2007; BRASIL, 2011; MATEUS; MARI, 2013).

A criação da RAPS representou um avanço para a saúde mental, principalmente no que diz respeito à redução de leitos e ao crescente fechamento dos hospitais psiquiátricos. A rede é composta pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), pontos de atenção de Urgência e Emergência, como SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, dentre outros, Serviço Residencial Terapêutico (SRT), programa de reabilitação psicossocial “De Volta Para Casa”, Consultórios na Rua e Unidades de Acolhimento (UA), os quais trabalham em conjunto com as equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) e com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB) (BRASIL, 2011; JAFELICE; MARCOLAN, 2018; JESUS; COELHO, 2015).

Os CAPS, um dos campos deste estudo, são articuladores da política de saúde mental nos territórios brasileiros. Estão organizados em modalidades devido à diversidade de porte populacional entre os municípios e variam também quanto ao público e a forma de funcionamento, sendo eles: os CAPS I, II, III, CAPS Ad, CAPS Ad III e o CAPSi (BRASIL, 2011). Segundo Rosa (2019), o CAPS introduziu um novo processo de trabalho baseado no paradigma da atenção psicossocial, através do trabalho interdisciplinar, baseado na comunidade e da ação territorial, tornando-se equipamentos essenciais para a inserção de novas formas de lidar com a loucura na sociedade.

Outro dispositivo que também é campo de estudo deste trabalho são os Hospitais Psiquiátricos, que funcionam por meio de internações de curta duração e em regime integral (BRASIL, 2011). Apesar da RPB almejar o fechamento dos hospitais, Sousa e Jorge (2019), afirmam que não se pode negá-los e que ainda existirão por algum tempo, no mínimo, até que os serviços substitutivos sejam capazes de transformar as velhas práticas psiquiátricas e que a RAPS, de fato, atue com serviços, fluxos e articulações efetivas.

Considerando que o trabalho no setor saúde é intersubjetivo e move-se através de interrelações, especialmente no âmbito da saúde mental, é fundamental compreender como esse processo de trabalho tem se dado nos serviços de atenção psicossocial a partir das transformações ocorridas com a reforma psiquiátrica. Nesse sentido, os aportes de Marx enriquecem a compreensão da complexidade do processo de trabalho e introduzem uma perspectiva ampliada da singularidade desse processo na área da saúde mental (FARIA; ARAÚJO, 2010).

O processo de trabalho é definido como o fazer. Trata-se, portanto, do processo em que a ação humana transforma um objeto e a si mesmo para alcançar uma finalidade específica, ou seja, o homem idealiza um resultado e sua vontade é conduzida a um propósito (MARX, 1996). Dentre os elementos do processo de trabalho nesse campo tem-se: o agente/sujeito, o objeto/sujeito, os instrumentos ou meios, o espaço, o produto e a finalidade (MACÊDO, 2018; MERHY, FRANCO, 2006; SOUZA et al., 2010).

O agente/sujeito, é representado pelo trabalhador de saúde, que pode ser um indivíduo, um grupo ou equipe, responsável por conduzir os projetos terapêuticos. O objeto/sujeito, refere-se ao indivíduo ou comunidade, doente, sadio e/ou exposto à risco, que será transformado por meio de medidas curativas, preventivas e/ou de promoção da saúde. Os instrumentos ou meios de trabalho, são as condutas, as tecnologias, o próprio corpo do trabalhador e, sobretudo, o saber em saúde, que são utilizados em um determinado espaço, constituído pela estrutura física e por relações sociais. A finalidade do trabalho em saúde advém da assimilação das necessidades e posterior organização dos trabalhadores diante das demandas, que se concretiza no produto, isto é, o cuidado em saúde (MACEDO et al., 2013; SOUZA et al., 2010; YAMAMOTO et al., 2009).

A reforma na saúde mental convocou os trabalhadores a orientar as ações do processo de trabalho com a finalidade de não apenas tratar a doença, mas também promover saúde mental,

potencializar o processo de reinserção social, além da luta cotidiana pela superação do modelo hospitalocêntrico e da exclusão social dos usuários (GUIMARÃES, JORGE, ASSIS, 2011; OLIVEIRA et al., 2019).

Nesse contexto, pesquisas apontam para a difícil tarefa que é a implementação das propostas da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) nos serviços substitutivos. Além do mais, existem consequências que uma política ainda principiante pode ocasionar e fazem parte da realidade do trabalho em saúde de uma forma geral, como: condições precárias de trabalho; falta de materiais e equipamentos; dimensionamento inadequado de pessoal que gera sobrecarga de trabalho; baixa remuneração com vínculos empregatícios precarizados; e falta de capacitação profissional (COELHO et al., 2015; MIRANDA, 2009; OLIVEIRA; ALVES; SILVA et al., 2012).

Tais obstáculos, provenientes ainda do subfinanciamento do SUS, juntamente com o descompasso existente entre o que preza a política e a operacionalização dos dispositivos da RAPS, tornam frágeis a abrangência e a acessibilidade aos serviços. Outrossim, um dos atuais desafios da RAPS é a articulação com a APS, posto que as demandas de saúde mental, muitas vezes, ainda são entendidas como exclusivas de serviços especializados, embora esses locais sejam responsáveis pelos atendimentos aos transtornos mentais leves, evitando a cronificação e o atendimento especializado como primeira estratégia (CAVALCANTE, 2008; TELES, 2021).

Desse modo, conhecer o processo de trabalho em serviços de saúde mental é de suma importância para compreender a interação entre os elementos do processo e as circunstâncias em que o trabalho é realizado. Este estudo analisa o processo de trabalho em dois dispositivos da RAPS, a saber Hospital Psiquiátrico e Centros de Atenção Psicossocial, representantes dos modelos pré e pós RPB, de um município do Nordeste brasileiro.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, do tipo exploratória para investigar o processo de produção de trabalhadores de saúde que atuam em serviços da RAPS. O campo de investigação deste estudo foi composto por dois CAPS das modalidades II e III, e de uma Unidade Hospitalar Psiquiátrica, todos pertencentes à RAPS do município de Feira de Santana.

O município de Feira de Santana é o segundo mais populoso da Bahia, possui uma população de 614.872 habitantes, segundo estimativa do IBGE, para 2019, e densidade demográfica de 416,03 habitantes/km² (IBGE, 2019). A macrorregião Centro-Leste, a maior do estado da Bahia, possui um total de 72 municípios, dos quais Feira de Santana é referência, possuindo 661 estabelecimentos de saúde credenciados e 1.107 leitos SUS, conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), de 2015 (BAHIA, 2020). A RAPS da região de saúde de Feira de Santana possui 18 CAPS, mas dos 28 municípios, apenas 14 (50%) possuem esse serviço (DATASUS, 2016).

O estudo não abrangeu toda a rede, que é muito ampla, por isso a escolha das unidades e serviços utilizou o critério de distribuição espacial afinada para comparar os processos de trabalho nos níveis de atenção da RAPS, escolhendo apenas serviços especializados em saúde mental. Esse critério explica a exclusão da APS como campo deste estudo.

Na unidade hospitalar, foram estudados processos de trabalho nas seguintes unidades do serviço: Emergência; Enfermarias de média permanência masculina e feminina e a UPG (Unidade Psicogeriátrica). Para facilitar o diálogo dos resultados foram privilegiados os CAPS II e III por atenderem ao mesmo público e tempo de implantação maior que dois anos. Foram entrevistados 13 trabalhadores das seguintes categorias profissionais: enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, assistentes sociais, e psicólogos. Todos os trabalhadores ocupavam postos de trabalho diretamente relacionados a sua profissão.

Os critérios de inclusão dos sujeitos da pesquisa buscaram contemplar: a completude e diversidade de categorias profissionais dentro de uma mesma equipe, levando-se em conta a participação destes profissionais no corpo técnico do hospital, além de maior tempo na equipe de saúde - o profissional deveria estar trabalhando há, no mínimo, seis meses ininterruptos no mesmo serviço -, pois, foram privilegiados profissionais com mais tempo na instituição.

Devido ao período de pandemia do novo coronavírus (COVID-19) e da suspensão temporária das atividades presenciais, fez-se necessário uma mudança metodológica referente às técnicas e instrumentos de coleta. Assim, as entrevistas semiestruturadas foram realizadas através da modalidade a distância e mediante um roteiro testado e aprovado pelo CEP/UEFS.

Para esse estudo foram utilizadas as questões referentes aos blocos de roteiro semiestruturado já utilizado em estudos anteriores (COELHO et al., 2016; FERREIRA, COELHO; TELES, 2016): Bloco I (Identificação e trajetória profissional do (a) entrevistado

(a), (quem é o sujeito entrevistado?); e bloco II (O processo de trabalho dos profissionais da saúde (como se dá o processo de trabalho dos profissionais de saúde e quais as especificidades dos elementos que o constitui: sujeito, objeto, meios, espaço e finalidade?).

As chamadas de vídeo foram gravadas mediante a autorização do (a) entrevistado (a), e, posteriormente, os áudios foram transcritos e armazenados no banco de dados do Núcleo de Saúde Coletiva/UEFS. A autorização foi obtida com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), atendendo à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Após isso, os dados foram organizados e categorizados com o auxílio do software QSR NVivo 10.0.641.0, que simplifica a sistematização e análise de dados qualitativos (NUNES et al., 2017).

Os depoimentos, após leitura, foram tratados por meio do método de análise de conteúdo, que é uma técnica que aborda as vivências do sujeito, assim como suas compreensões sobre determinado objeto e seus fenômenos (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014). A análise de conteúdo foi dividida em três fases: na **pré-análise**, as entrevistas foram transcritas e logo depois foi realizada uma leitura flutuante para seleção de material a ser utilizado de acordo com os objetivos; na **fase de organização**, as falas foram selecionadas com base em categorias analíticas pré-dadas pelo referencial teórico: caracterização dos sujeitos trabalhadores; condições de trabalho; e processo de trabalho, que se desdobra em sujeito, objeto, meios, finalidade, espaço e produto do trabalho. Na fase final, de **tratamento dos resultados e interpretação**, os resultados foram descritos e debatidos com o respaldo da literatura pesquisada.

Para garantir o anonimato dos participantes, os nomes dos profissionais foram substituídos pela letra inicial do serviço – “H” para Hospital Psiquiátrico e “C” para CAPS – seguidos pela abreviatura da função/categoria profissional desempenhada, como, TEC (técnico de enfermagem), ENF (enfermeiro), MED (médico), PSICO (psicólogo) e AS (assistente social) e pela numeração da ordem dos entrevistados. Na apresentação e discussão dos resultados, foram utilizados os seguintes códigos: “[...]” para significar que parte da fala foi excluído; e “...” para exemplificar as pausas que ocorreram durante as falas.

O presente estudo faz parte do projeto de mestrado intitulado “Processo de trabalho em serviços da Rede de Atenção Psicossocial de um Município do Nordeste”, aprovado pelo

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) em 15/03/2021, parecer no 4.590.470 e CAAE: 38532620.5.0000.0053.

RESULTADOS

O processo de trabalho nos serviços de saúde mental

A predominância dos elementos do processo de trabalho e suas características se reflete no resultado da consulta de frequência das palavras (50 palavras mais frequentes) nos depoimentos dos entrevistados (Figura 1).

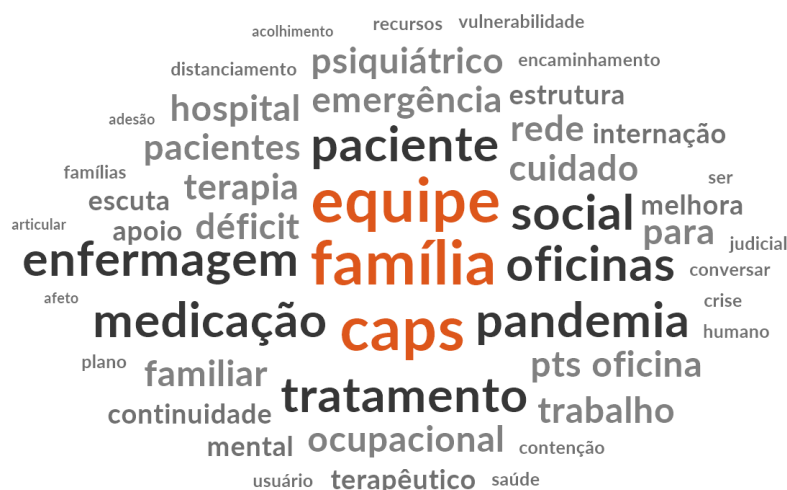


Figura 1. Nuvem de palavras por frequência da codificação da categoria analítica “Processo de trabalho”, via QRS NVivo, Feira de Santana/BA, 2021

Nota-se uma maior concentração das palavras “equipe” (sujeito), “família” (objeto) e “CAPS” (espaço institucional) formando o tripé do processo de trabalho na atenção psicossocial. Em seguida, observa-se a frequência de outras palavras que se relacionam com vários elementos do processo de trabalho, como o objeto ainda referido pelo termo paciente, os sujeitos trabalhadores, com maior frequência sendo a equipe de enfermagem, os meios e instrumentos, como a medicação e as oficinas, a finalidade e o produto, que foram referidos pelo tratamento e a questão social. A palavra pandemia também obteve uma alta frequência, certamente por ser um momento que está sendo vivenciado pelos trabalhadores e que tem afetado de modo particular o processo de trabalho em saúde mental.

Caracterização dos sujeitos trabalhadores

Do total de 13 trabalhadores, cinco atuavam no hospital psiquiátrico, 4 no CAPS II e 4 no CAPS III. No que se refere à caracterização dos sujeitos, todo o grupo entrevistado no hospital psiquiátrico foi formado integralmente por mulheres, o qual era composto basicamente pela categoria de enfermagem, bem como no CAPS, em que todos os participantes entrevistados da equipe de enfermagem eram mulheres, confirmando a visível feminização no corpo de enfermagem (GOMES et al., 2013).

Dentre os entrevistados do CAPS, ainda participaram uma assistente social, dois psicólogos, sendo uma mulher e um homem, além de um médico. A faixa etária no hospital psiquiátrico variou entre 35 a 51 anos, já nos CAPS a média de idade ficou entre 35 a 56 anos. No que diz respeito ao estado civil, no hospital psiquiátrico apenas 1 das entrevistadas era divorciada, todas as outras eram casadas e apenas 2 possuíam filhos. Nos CAPS, 4 eram casados, 3 eram solteiros, 1 divorciado, e 2 deles não possuíam filhos.

Em relação à formação dos trabalhadores, no hospital psiquiátrico 3 eram enfermeiras e possuíam pós-graduação, porém, apenas 1 tinha especialização específica em saúde mental, ainda em andamento. As técnicas de enfermagem (2) possuíam também formação em nível superior na área de saúde mental. Nos CAPS, 2 eram enfermeiras e ambas tinham pós-graduação em áreas alheias à saúde mental, 2 eram técnicas de enfermagem, 2 psicólogos, que também possuíam pós-graduação, porém em áreas divergentes da saúde mental, 1 assistente social e 1 médico, sendo estes dois últimos os únicos que possuíam pós-graduação na área.

O tempo de formação variou de 12 a 26 anos no hospital psiquiátrico, nos CAPS de 7 a 17 anos, evidenciando um predomínio de trabalhadores com maior tempo de experiência nos serviços de saúde. O tempo de atuação no hospital psiquiátrico variou entre 5 e 10 anos e nos CAPS variou de 3 a 15 anos, demonstrando que os entrevistados atuam nesses serviços desde que começaram a exercer suas profissões.

Todos os trabalhadores tiveram trabalhos anteriores ao hospital e aos CAPS em estudo, incluindo outros hospitais privados e públicos, além de Unidade de Saúde da Família (USF), Unidade Básica de Saúde (UBS), Secretaria de Saúde, escola técnica, maternidade, SAMU e até serviços fora do campo da saúde.

Nessa pesquisa, todas as entrevistadas do hospital psiquiátrico eram concursadas, possuindo vínculos considerados mais estáveis, no entanto, a maioria possuía também outro vínculo empregatício, inclusive duas delas trabalhavam em outro serviço da RAPS em outra função. Todos os participantes dos CAPS, ao contrário do hospital psiquiátrico, tinham como regime de trabalho a CLT, com direito a férias remuneradas, porém, com a troca frequente das empresas terceirizadas, muitas vezes, o trabalhador sofria com a perda desse direito. Ainda nos CAPS, três entrevistados possuíam dedicação exclusiva e os outros três possuíam dupla e até tripla jornada de trabalho.

A carga horária no hospital dependia do setor em que os trabalhadores estavam alocados e dos cargos, por exemplo, a das enfermeiras era de 30 a 40 horas semanais, os técnicos de enfermagem possuíam uma carga horária de 20 horas semanais, distribuídas em plantões. Nos CAPS, a carga horária variava entre 20 a 30 horas semanais, distribuídas em plantões de 6 ou 12 horas no CAPS II, funcionando apenas de segunda a sexta-feira, sendo válido destacar que o médico entrevistado trabalhava uma vez por semana com uma carga horária de 12 horas. Já no CAPS III, a carga horária variou entre 6, 12 ou 24 horas, sendo que à noite e nos finais de semana, o serviço funcionava apenas com um técnico de enfermagem e um enfermeiro, além dos profissionais de nível médio. Já o médico, o assistente social e o psicólogo encontravam-se no serviço apenas nos dias úteis.

Objeto do trabalho

Para o trabalhador do CAPS e do hospital psiquiátrico, o objeto é compreendido, de modo geral, como aquele que possui um transtorno ou sofrimento mental. Entretanto, é possível perceber nos enunciados que o objeto não é rotulado como uma doença, demonstrando uma transformação paradigmática na ótica do trabalhador desse campo e uma desmistificação de concepções existentes antes da reforma psiquiátrica.

Para Marinho et al., (2011), Pitta (2011) e Sampaio et al., (2011), antes da RPB, o objeto do trabalho em saúde mental recebia a denominação de louco. Mas, ao longo desse processo, especialmente após as transformações no modelo de atenção psicossocial, o objeto passa a ser reconhecido como um sujeito-cidadão, atendido não somente quanto aos aspectos

biopsicológicos, mas também assistido considerando seu contexto sociocultural e respeitando-lhe o direito de cidadania.

No entanto, nas falas de alguns profissionais foi possível destacar que eles se referiam ao seu objeto ora como “usuário”, ora como “paciente”, denominações que, ainda que sejam usadas como sinônimos, propiciam e induzem diferentes maneiras de olhar e compreender os objetos nomeados. Para Takauti et al. (2013), o termo usuário possui maior conotação com a dinâmica das políticas de saúde atuais, pois supera a ideia de passividade do adoecido, ao compreendê-lo como cidadão e que possui autonomia com relação a sua saúde.

Há um deslizamento na definição do objeto nos dois serviços, no hospital ele é classificado pelos técnicos e enfermeiros como sendo portadores de transtornos mentais institucionalizados (pacientes com quadros crônicos que vivem no serviço); encaminhados com sintomas agudos (vindo de outros serviços para o hospital psiquiátrico) ou acolhidos pelo serviço devido à falta de suporte adequado da RAPS, iniciando o tratamento na alta complexidade:

O meu objeto de trabalho principal é o usuário [...], o paciente psiquiátrico em crise no momento. [...] Porque está em seu quadro descompensado ou em alguns momentos também um paciente que está iniciando um quadro de adoecimento mental mas que não foi acolhido pela rede e que, infelizmente, muitas vezes inicia o tratamento na emergência para dali ser encaminhado aos outros dispositivos da rede (HPENF2).

Pacientes com transtornos mentais agudos, onde elas passam períodos de curta permanência, porque no período da reforma nós não temos mais a internação para longa permanência, embora ainda temos alguns pacientes, mas são ainda antigos que estão na fase da desinstitucionalização da unidade (HPTE2).

A definição do objeto por alguns profissionais dos CAPS é a de pacientes com transtorno mental grave e persistente. É também frisado pelo médico a condução errada do usuário dentro da rede, no qual aqueles que possuem disfunções neurológicas são equivocadamente encaminhados ao CAPS, quando na realidade deveriam ser acompanhados por outros serviços da rede e receberem o suporte do CAPS.

Seria o paciente com transtorno, o paciente aqui nós atendemos algumas emergências, né? e dependendo do grau da emergência e do horário a gente faz o encaminhamento para o CAPS III [...]. São pacientes que chegam com alguns transtornos de ansiedade, tem algumas doenças de base como a esquizofrenia, retardo, não era pra ser atendido aqui no CAPS mas nós acolhemos porque o retardo seria mais parte neurológica [...] (C2MED1).

Então na maioria são um público de transtornos graves e persistentes (C3PSIC2).

Observou-se ainda a definição do objeto, no hospital psiquiátrico, como aqueles que apresentam transtorno mental secundário ao uso de álcool e outras drogas, que são designados pelos trabalhadores como custodiados, sendo este um perfil atendido, porém, que não compõe o público-alvo desse serviço, consistindo frequentemente de usuário com histórico de delinquência:

[...] a nossa clientela é muito diversificada, então hoje com o advento das drogas, com essa globalização digamos assim do uso da droga, a gente recebe pacientes muitas vezes que nem tem perfil para unidade [...] pacientes que muitas vezes tem um histórico de passagem pela polícia, por delegacia, como no caso, muito comum, paciente que é usuário de substâncias psicoativas [...] então pacientes que chegam custodiados [...] (HPENF1).

Como afirma Belotti et al., (2017), com a implantação da RAPS, composta por serviços de diferentes níveis de complexidade, observa-se que o objeto do trabalho nesse campo é amplo, mesmo sendo aquele que possui um transtorno mental, ele se diferencia a depender do tipo de transtorno e do grau de severidade, incluindo o público infantil e aqueles com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Para os trabalhadores dos dois CAPS, também há compressão do objeto como um público que apresenta algum adoecimento mental derivado ou agravado pelo seu contexto de vulnerabilidade social, sendo este um objeto carente, adoecido e com baixo nível de escolaridade:

São pessoas que têm algum transtorno mental, a maioria são pacientes que tem uma questão de vulnerabilidade social, a questão econômica, muitos são muito carentes, então nossa demanda maior são pacientes que têm um nível de escolaridade também muito baixo a grande maioria, então o público aqui do CAPS é muito carente e adoecido (C2ENF1).

Corroborando com outros estudos, o objeto do trabalho em psiquiatria constitui um público que enfrenta diversas vulnerabilidades sociais, principalmente relacionadas à falta de um emprego formal e pelas baixas condições socioeconômicas, agravadas, de certa forma, pelo próprio transtorno mental e vice-versa. Inserir o usuário no mercado de trabalho formal, além de constituir um recurso terapêutico, pode proporcionar uma renda para atender suas necessidades, melhorar sua qualidade de vida e estimular a socialização e inserção social (PANIAGUA et al., 2018; PINHO; SOUZA; ESPERIDIÃO, 2018; TELES, 2021).

Além do próprio usuário, a família é indiretamente citada pelos trabalhadores como objeto de trabalho nos dois serviços, uma vez que o apoio, a orientação e a escuta oferecida ao familiar faz parte da atenção dada ao usuário desde a sua admissão, até a alta, no caso do hospital psiquiátrico, e durante todo o acompanhamento realizado no CAPS:

[...] Nessas admissões a gente tem que ser muito criterioso, conversar com a família, colher todo o histórico do paciente, [...] Orientar a família principalmente quando é a primeira vez, a primeira internamento, muitas vezes os familiares chegam nervosos, em um estado emocional que a gente precisa além de assistir ao paciente, a gente precisa assistir também a família (HPENF1).

A ajuda familiar, a gente tem que trabalhar com o todo, o paciente precisa do psicólogo, precisa do médico, mas uma das coisas que ele mais precisa é de uma ajuda familiar [...] (C3PSIC2).

A literatura aponta que a família também faz parte do processo de trabalho como unidade cuidadora, visto que ela igualmente é afetada e sofre pelo adoecimento mental do usuário. Além do mais, os estudos confirmam que quando há a participação efetiva dos familiares no tratamento e acompanhamento, são alcançados melhores resultados no que tange à reabilitação, à reinserção social e à adesão ao tratamento desses sujeitos (BOSI, 2019; CARVALHO; SANTANA, 2018; ESPERIDIÃO, 2018; MARTINS; GUANAES-LORENZI, 2016; PINHO; SOUZA; MOREIRA).

Finalidade do trabalho

As falas de algumas trabalhadoras do hospital psiquiátrico revelaram que a finalidade do trabalho em saúde mental perpassa pela garantia de uma atenção de qualidade ao usuário e sua família, resultante, sobretudo, de um trabalho humanizado, que em tese deveria ocorrer em todos os níveis de complexidade da rede. O fato é que, muitas vezes, a responsabilidade pela escuta e pelo acolhimento desse usuário acaba ficando a cargo do profissional do hospital psiquiátrico, especialmente da emergência.

Meu trabalho é garantir uma assistência de qualidade ao meu paciente (HPENF3).

[...] nós não temos muito tempo de acolher e de conversar tanto com o paciente e família [...], mas devido ao déficit da rede de saúde mental, déficit desse acolhimento que muitas vezes nós sentimos dos municípios de onde esses pacientes vêm, dos CAPS, a gente precisa fazer um pouco esse acolhimento até mesmo na emergência quando o nosso dia a dia permite [...] (HPENF2).

A minha finalidade ali todos os dias quando eu saio de casa e vou para o meu trabalho é de oferecer um atendimento humanizado aquele paciente, ter uma escuta qualitativa [...], então o meu olhar é

proporcionar o bem-estar, uma atenção que as vezes ela não tem em casa, ela não consegue entre os amigos [...] (HPTE2).

Uma das entrevistadas trouxe a finalidade do trabalho no hospital psiquiátrico como uma atenção voltada para o acompanhamento do usuário em sua alteração psíquica, assim como ao seu adoecimento físico, visto que também podem apresentar algum tipo de comorbidade concomitante.

[...] nós temos toda a responsabilidade de assistir aquele paciente, a questão da evolução psíquica, intervenção assistencial no caso de algumas questões clínicas que muitas vezes acontecem também porque os pacientes psiquiátricos eles também adoecem clinicamente né? (HPENF1).

Estudos acerca dos elementos do processo de trabalho em saúde mental apontam para a finalidade como uma resposta para atender as necessidades de saúde mental da população, podendo operar no campo mais macro, que inclui ações na comunidade (saúde coletiva) e micro, ações individuais que ocorrem no interior dos serviços. Essas ações por sua vez, objetivam, assim como evidenciado nas falas dos participantes, alcançar prevenção, promoção, reabilitação, redução de danos, proteção, dentre outros (ARANHA E SILVA; FONSECA, 2005).

Nos CAPS, a finalidade principal do trabalho, conforme as falas, consiste no acompanhamento clínico constante dos usuários, sendo o CAPS III, em especial, também responsável por atender quadros agudos através do internamento semi-intensivo. Assim como nas falas dos trabalhadores do hospital psiquiátrico, a finalidade do trabalho no CAPS também perpassa pelo atendimento humanizado, no qual revela-se a origem de cada transtorno, seja ele social, comportamental ou de base, possibilitando assim, restabelecer a saúde mental do usuário, promovendo bem-estar e devolvendo a autoestima:

Levar um bem estar mental para os pacientes, [...] (C2MED1).

Aliviar o sofrimento psíquico dos pacientes que sofrem de uma ansiedade exacerbada, de uma depressão, de um transtorno mais grave, minha finalidade é amenizar o sofrimento psíquico (C2PSIC1).

[...]. certamente a gente quando trabalha precisa do dinheiro, principalmente agora que estamos vivendo momentos difíceis, mas eu amo meu trabalho. [...] a gente chega aqui, na área da psicologia para conhecer o paciente, abraçar muitas vezes porque ele chega desesperado, na maioria das vezes chego feliz em casa, porque a gente deu aquele abraço que tava faltando naquele paciente, a gente ajudou alguém (C2TE1).

Segundo Merçom e Constantinidis (2020), o CAPS, independente da modalidade, não tem como única finalidade o cuidado clínico, posto que as ações nesse serviço, considerado o centro da RAPS, extrapolam as consultas individuais e com foco no adoecimento. Nesses espaços, as ações de cuidado individualizadas e as atividades de grupos, como as oficinas terapêuticas, são indispensáveis para alcançar a reinserção social e a autonomia dos sujeitos.

A finalidade do trabalho no CAPS envolve, portanto, a busca da melhora psíquica dos usuários através de estímulos positivos vindos dos trabalhadores, através da resolução de demandas sociais e do apoio emocional aos que se sentem desestimulados com a vida, como demonstrado nas falas:

Ao meu ver, a finalidade do meu trabalho é tentar fazer com que as pessoas que estão adoecidas mentalmente possam ter uma melhora da questão psíquica. Tentando levar para elas que são importantes, algumas acham que não são importantes, que não precisam mais viver [...] na minha opinião a finalidade do meu trabalho é dar melhor atenção, apoio para que essa pessoa consiga refazer a sua vida e tentar seguir adiante [...] (C3ENF2).

Tentar solucionar aquela demanda que o paciente nos traz, aquela demanda social da minha área, mesmo ele vindo para o CAPS que é um lugar para tratamento para transtornos mentais, a área social ainda abrange muita coisa, principalmente na vida de quem tem transtorno mental (C3AS1).

Desse modo, a finalidade do trabalho neste campo, seja no serviço institucionalizado, seja no serviço de base comunitária, é ampla e diversificada. As equipes multiprofissionais, corroborando com outros estudos, se esforçam para que o objetivo do trabalho não seja limitado a responder o transtorno mental em si, mas também atender os usuários em suas vulnerabilidades sociais (MERÇOM; CONSTANTINIDIS, 2020; MARINHO et al., 2011; OLIVEIRA; ALESSI, 2005).

Meios e instrumentos de trabalho

Os meios e instrumentos citados pelos trabalhadores do hospital psiquiátrico e dos CAPS podem ser classificados como materiais e não materiais. Dentre os recursos materiais, destacaram-se no hospital psiquiátrico e nos CAPS, os mais utilizados no cotidiano: termômetro, tensiômetro, estetoscópio, medicamentos, sondas, kit para curativos, fraldas,

seringa, algodão, agulha, álcool, ainda foi ressaltado a utilização de luvas, face shield e avental, com maior frequência devido a pandemia da Covid 19.

Bem, a gente trabalha com materiais específicos da enfermagem [...] seringa, agulha, material de curativo porque a gente precisa muitas vezes executar, sondas, jalecos, luvas, o próprio prontuário do paciente (HPENF1).

Temos EPIs, luva, máscara agora por conta da pandemia, às vezes pro-pé havendo necessidade, tem a capa protetora, o material para administrar medicação, a gente tem que ter agulha, seringa, algodão [...] (C3TE2).

Vale destacar que uma técnica de enfermagem revelou em sua fala a falta de EPIs suficientes para os trabalhadores em um dos CAPS, ao contrário do hospital psiquiátrico, que segundo a fala de enfermeiras, desde o início da pandemia disponibilizou todos os utensílios necessários para a proteção, trazendo mais tranquilidade aos trabalhadores:

Apesar da instituição não ser referência para COVID, o uso de EPIs foram garantidos em quantidade e para todos que quiserem dentro do que eles precisavam se sentir confortáveis e seguros, garantiu isso pra eles, álcool gel, reforços de papel toalha, sabão líquido nos setores, pia (HPENF3).

Não, a gente conseguiu comprar, a maioria das pessoas compraram por conta própria.. Chegou em quantidade limitada (C2TE1).

Outro ponto abordado, ao se tratar dos instrumentos de trabalho por uma técnica de enfermagem do hospital psiquiátrico, foi a importância da utilização destes de forma humanizada, estabelecendo uma relação de confiança com os pacientes na realização dos procedimentos, demonstrando por parte do trabalhador uma preocupação em tornar o usuário consciente da sua condição, apesar de qualquer descompensação psíquica:

[...] A gente sabe que em saúde mental alguns pacientes não tem o reconhecimento da doença, não aceita o tratamento, não quer aceitar a medicação, e às vezes você tem que usar de argumentos né? ter um manejo com eles a fim de que aceite aquela medicação, que ele sinta que é importante estar sendo medicado, então poder dizer que instrumentalmente nós usamos isso, mas acima de tudo é o afeto, você levando esse afeto ao paciente ele vai se sentir mais seguro frente a você, esse olhar humanizado [...] (HPTE2).

A humanização ao utilizar os instrumentos de trabalho também está presente nos CAPS. Profissionais da enfermagem trouxeram em seus depoimentos a contenção mecânica, conforme prescrição médica, como um instrumento utilizado como último recurso, sendo realizada com

cautela para preservar a integridade física, demonstrando ao usuário que sua dignidade permanece preservada dentro daquele serviço:

[...] tem a questão do paciente chegar em surto, sem a medicação de emergência, que no caso é a contenção química, se não der jeito o paciente tem que ir para a contenção mecânica, só que a contenção mecânica a gente faz em último caso [...]. Então tudo isso a gente tem que trabalhar com prevenção [...]. [...] e o paciente é um ser humano, por mais que esteja ali surtado, [...], então o paciente psiquiátrico não é um bicho, é um ser humano (C3TE2).

Quanto aos instrumentos não materiais, ou seja, as tecnologias leves, trabalhadores tanto dos CAPS quanto do hospital, ressaltaram a escuta como principal instrumento da assistência em saúde mental, sendo este utilizado não apenas ao usuário, mas também à família e com a própria gerência da equipe de saúde. Uma psicóloga acrescentou a fala como um instrumento mais importante de trabalho e que necessita ser utilizado com cautela pelo profissional.

O instrumento que a gente mais utiliza é a escuta e a fala, mais escuta que fala, né? Claro que também a gente tem a questão medicamentosa, né? O uso da medicação, a orientação tanto do paciente quanto da família, mas o nosso principal instrumento, que a gente usa em saúde mental, é a escuta (HPENF2).

[...] eu trabalho aquelas emoções deles e as minhas intervenções são feitas verbalmente, como a deles para mim na fala, no discurso verbal, as minhas intervenções são verbais (C2PSIC1).

Geralmente a gente usa muito a questão da fala, né? A comunicação verbal é muito importante, porque o que você fala para eles é importante e o que você fala você precisa medir, dosar para que nada venha atingir e eles não venham a entender da forma errada. [...] (C3ENF2).

Para Merhy (2002), no processo de trabalho em saúde há o uso de tecnologias leves, como o vínculo, a escuta e demais tecnologias das relações, as leves-duras, que correspondem aos saberes e conhecimentos que operam nesse processo, e as tecnologias duras, que constitui os materiais e equipamentos. No processo de trabalho em saúde mental, consoante com outras pesquisas, as tecnologias leves são amplamente utilizadas, como o acolhimento, a escuta, a fala, a formação de vínculo, o resgate da cidadania, que aliado ao uso de medicamentos, que são tecnologias duras, constituem os projetos terapêuticos, a fim de melhorar o estado de saúde mental dos usuários (GUIMARÃES; JORGE; ASSIS, 2011; MARINHO et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2019; SAIDEL et al., 2007; SAMPAIO et al., 2011).

Nos CAPS, as oficinas terapêuticas foram citadas pelos trabalhadores como um importante instrumento de trabalho e imprescindível meio de comunicação entre profissional e usuário e, muitas vezes, a única forma que o usuário encontra para se expressar. No entanto, devido à pandemia os grupos terapêuticos foram suspensos trazendo grande prejuízo a evolução dos usuários:

A gente também utiliza outros tipos de comunicação através de oficinas terapêuticas, devido a pandemia tem sido suspenso, mas os pacientes internos, os usuários que estão no semi-intensivo a gente tenta fazer com que eles tenham esse período de distração, esse período de conforto, fazendo oficina, jogando dominó, jogando algum tipo de jogo que eles gostam, fazendo oficina de pintura, de artesanato [...] (C3ENF2).

[...], esse momento que estamos vivendo sem as oficinas no CAPS está sendo horrível, [...], porque isso ajudava muito, [...], só que as oficinas estão suspensas, [...] o paciente vai se sentir útil, produtivo, [...] e isso tá faltando pra eles, a pandemia tá atrapalhando muito, acho que deveria voltar, a pandemia não vai embora (C2MED1).

As oficinas são, sem dúvida, um dos instrumentos potencializadores dos serviços de atenção psicossocial. Corroborando com Pinho, Souza e Esperidião (2018), as diversas atividades de grupo de base artística e cultural funcionam como ferramentas terapêuticas, à medida que fortalecem a comunicação e integração dos usuários, permitem a expressão de sentimentos, além de possibilitar a construção de novas experiências, favorecendo a reabilitação.

Outro instrumento de trabalho, referido por uma enfermeira do CAPS, foi o Projeto Terapêutico Singular (PTS), sendo um instrumento utilizado no serviço para colocar em prática a atenção ao usuário, visto que pode ser aplicado a todos, respeitando suas individualidades, ao contrário do hospital psiquiátrico que não utiliza desse instrumento devido à dificuldade de articulação entre a equipe multiprofissional:

[...] A gente inclusive trabalha com o PTS, que é o projeto terapêutico singular, que a gente faz individual porque cada paciente traz uma bagagem, [...], é um paciente que tem difícil adesão ao tratamento? que não gosta? que não aceita a doença? aí eu vou seguir uma conduta. Vou tentar trazer ele de alguma forma, ou a família [...] (C2ENF1).

[...]. A gente tem uma dificuldade lá dentro que a gente não tem um projeto terapêutico, como que um hospital psiquiátrico não tem um projeto terapêutico? um plano terapêutico? A enfermagem não pode fazer o plano, o médico não pode fazer o plano, não pode sentar só o médico e o enfermeiro pra fazer porque preciso do psicólogo, do TO, ASS, nutricionista, tem que mais saberes né? acho interessante essa articulação (HPENF3).

Segundo o Ministério da Saúde (2013) e Teles (2021), a elaboração do PTS além de ser uma prerrogativa da Política de Saúde Mental, é essencial para qualificar o processo de cuidado nos serviços de atenção psicossocial. O projeto, que inclui ações e condutas terapêuticas construídas a partir da discussão coletiva de equipe multi e interdisciplinar, é direcionado tanto ao indivíduo, à família ou à coletividade. Entretanto, pesquisas (HORI; NASCIMENTO, 2014; SOUZA et al., 2017) têm concluído que alguns serviços possuem maiores dificuldade de construir e utilizar o PTS enquanto instrumento na prática psicossocial, principalmente pelo desconhecimento sobre a importância desse recurso e pela resistência de construção coletiva da equipe de trabalho.

Uma assistente social destaca em sua fala a utilização do acolhimento social aos usuários a partir da utilização de fichas de referência, contra-referência e relatórios psicossociais como instrumentos de trabalho importantes para a garantia dos direitos e benefícios.

Eu utilizo bastante a ficha de encaminhamento, como a gente aqui é saúde e eu sou a área social e o social não é voltado tanto para cá, utilizo muito o encaminhamento, porque o paciente necessita de uma bolsa família, então eu não posso cadastrar ele daqui da saúde, então eu tenho que encaminhar ele para área social, [...] (C3AS1).

O conhecimento técnico e científico específico para área de saúde mental é essencial para a prática cotidiana dos trabalhadores. Todavia, essa experiência, muitas vezes, só é adquirida conforme o exercício da profissão, no qual os trabalhadores iniciam sem nenhum preparo por parte das instituições, trazendo para sua prática apenas uma bagagem adquirida, por vezes, insuficiente na graduação. Neste contexto, alguns trabalhadores buscam por conta própria especializações na área, já que no serviço não costuma ocorrer educação permanente. Porém, um risco trazido pela inexperience está na reprodução de antigas práticas de atenção prejudicando o avanço que é previsto pela reforma psiquiátrica.

[...] a gente precisa ter um conhecimento científico muito específico para a área de saúde mental [...] ninguém recebe um treinamento específico para trabalhar com o paciente com transtorno mental [...] A gente precisa buscar né? então buscar materiais, em cursos, muitas vezes fora, extracurriculares, mas é necessário, senão a gente se enrola no meio do caminho (HPENF1).

Em conformidade com esses achados, Milhomem e Oliveira (2009) reiteram que a formação para atuar nos serviços de base comunitária ainda é deficiente e pode ser considerada

como fator que dificulta o processo de trabalho. Para os autores, o atendimento no novo modelo de atenção psicossocial requer uma formação voltada para a reinserção social do usuário, com vistas ao fortalecimento das práticas antimanicomiais. O fato é que, muitos profissionais que trabalham nos CAPS foram formados no antigo modelo manicomial ou atuam concomitantemente nos hospitais psiquiátricos, dificultando a realização do trabalho na perspectiva psicossocial.

Espaço de trabalho

No que se refere à estrutura física do hospital, os entrevistados caracterizaram como um local que foi readaptado, mantendo uma estrutura arcaica e precária, um serviço desprezado principalmente por ser psiquiátrico. São espaços pouco iluminados e arejados, o mobiliário é desconfortável, pisos que trazem risco de queda, principalmente em momentos de surtos ou intercorrências clínicas, espaços com higienização precária, isto é, espaços impróprios tanto para os usuários, quanto para os trabalhadores, como citado pelos entrevistados:

Se você me perguntar "O seu ambiente de trabalho é agradável pra trabalhar, pra equipe de trabalho se sentir à vontade?" Eu te digo que não, no período de verão por exemplo, é insuportável, nós ainda temos um pavilhão com telhas de eternit, então é muito quente tanto para os pacientes como para a equipe de trabalho prestar assistência, [...] os banheiros não são adequados, então a estrutura física é precária por demais (HPENF1).

[...] a gente sabe que o paciente psiquiátrico ele por si só já tem uma questão deficitária na questão da higienização no ambiente, porque eles sujam muito, tem pacientes, por exemplo, que manipulam fezes, jogam fezes no ambiente, a gente não tem um piso adequado, por melhor que seja feita a higienização [...] (HPENF1).

Os hospitais públicos, sejam eles gerais ou especializados, têm sido marcados por espaços desconfortáveis, com condições precárias e falta de manutenção, demonstrando que os gestores pouco se preocupam com as condições do espaço físico que é ofertado (FERREIRA, 2017). Na saúde mental, observa-se, segundo Moreira e Bosi (2019), um agravante com relação aos hospitais, pois existe uma carência visível de profissionais, de ambulâncias e instalações físicas precárias, constituindo um obstáculo no acesso aos serviços e afetando negativamente o processo de trabalho.

Nesse contexto, e diante da pandemia do novo coronavírus, os problemas estruturais do serviço ficaram ainda mais em evidência, trazendo constante tensão aos trabalhadores devido a

impossibilidade de manter o distanciamento social, tanto pela organização física do serviço, quanto pela dificuldade de entendimento do usuário:

A gente não tem estrutura física para muitas vezes separar esse paciente em tempo hábil, né? A gente separa o paciente quando o paciente apresenta algum sintoma, mas antes disso ele tem contato com a equipe, ele tem contato com outros pacientes ali dentro (HPENF1).

A condição estrutural divide opiniões entre os trabalhadores dos CAPS, sendo o CAPS II um espaço considerado bom para o desenvolvimento do trabalho, caracterizado como um local arejado, iluminado, climatizado e espaçoso. Em consonância com os discursos desses profissionais, estudo realizado por Moreira e Bosi (2019) evidenciaram que os entrevistados descreveram a estrutura física do CAPS como um ambiente que gera bem-estar e humanização para os usuários. Conforme o Ministério da Saúde, esses serviços inseridos na comunidade devem proporcionar um ambiente terapêutico, onde o espaço físico possa contribuir no acolhimento e tratamento dos usuários (BRASIL, 2004).

[...] Aqui o espaço é mais amplo até por questão agora da pandemia, aqui é mais arejado, você vê que as salas têm portas, tem janelas, a gente consegue ter o distanciamento social e até mesmo para o atendimento do paciente o distanciamento. [...] A gente tem um espaço lá no fundo da oficina, um espaço amplo, uma mesa ampla, é climatizado, então tudo isso contribui pra você tá bem pra desenvolver um bom trabalho [...] (C2ENF1).

Entretanto, é importante destacar que apenas um técnico de enfermagem trouxe em sua fala a reprovação do local, sendo a sala em que esse profissional passa a maior parte do tempo, extremamente pequena e indevida para o atendimento ao usuário:

[...] Mas, com relação a estrutura poderia ser uma sala maior, mais confortável, onde tivesse uma sala que pudesse colocar uma maca, tem paciente que exige tomar medicação deitado. [...] Aqui eu acharia que essas janelas de vidro não poderiam acontecer de jeito nenhum, tem escadas que atrapalham muito a gente na hora de pegar o paciente [...] (C2TE1).

Quando comparado ao CAPS II, o CAPS III possui uma maior desaprovação do espaço entre os trabalhadores, definido como um ambiente improvisado, carente de salas de atendimento mais amplas, arejadas, adequadas para a demanda, e que facilite a mobilidade do usuário dentro do serviço em caso de agressão física do usuário em uma situação de agitação, principalmente em um serviço com internação semi-intensiva.

Eu acho pouco arejado, muito quente, apesar de que algumas salas têm ar-condicionado, mas eu acho o ambiente apertado e pouco arejado. [...] O espaço aqui tá sendo um improviso, porque a unidade mesmo está sendo concluída, [...] (C3TE2).

Algumas áreas sim, outras não... O primeiro andar acaba usando, mas é um risco para o paciente, andar de cima, subir escada, não tem acessibilidade para eles. [...]. [...] Então os espaços são improvisados, como você pode ver, teria que ser paredes aqui, a gente tá conversando aqui, se tivesse alguma outra pessoa do outro lado do outro consultório da pra ouvir, então haver a questão mesmo do sigilo profissional fica complicado [...] (C3AS1).

Para Kantorski et al., (2011) e Moreira e Bosi (2019), o ambiente de trabalho é composto pelo espaço físico, que é dividido em espaço social e de relações entre pessoas. Nesse sentido, esses autores chamam atenção para a importância de ter ambientes de trabalho nos CAPS resolutivos, dotados de conforto e privacidade, e que respeitem a subjetividade e a singularidade dos envolvidos, uma vez que são os espaços onde os usuários com transtornos mentais mais utilizam e passam mais tempo.

Assim como o trabalhador do hospital psiquiátrico, os trabalhadores do CAPS III também idealizam um novo serviço que, segundo as falas, já está sendo construído dentro do que é previsto pela reforma psiquiátrica, sanando as atuais inadequações:

[...] Hoje está em implantação uma nova unidade própria que aí se espera que vai ser uma coisa mais estruturada, vai ter mais conforto tanto pra gente quanto para os pacientes, porque isso aqui é uma casa, uma casa que foi mobilizada, ajustada para fazer esse atendimento (C3PSIC2).

Para alguns trabalhadores o maior risco não está relacionado ao espaço do serviço, mas ao risco que se corre nas visitas domiciliares, visto que não se pode prever o nível de descompensação psíquica ou o recebimento pelo usuário.

[...] Nas visitas também a gente acaba correndo riscos que a gente não sabe o paciente em que estado está, geralmente a gente vai fazer visita aqueles pacientes que abandonam o tratamento, que a família vem solicitar porque ele tá agressivo, porque deixou de tomar a medicação, pra gente tentar com essa conversa convencê-los a vim (C3AS1).

Os momentos de crise com agitação psicomotora, muitas vezes, são os mais temidos pelos profissionais, visto que podem trazer riscos à sua integridade física. Cabe salientar, contudo, que as situações de crise não se resumem a um momento agudo e repentino, são sintomas complexos que perpassam pela existência dos sujeitos, como questões sociais, condições econômicas, de moradia, relações familiares, dentre outras. Daí a necessidade da equipe de saúde mental estar preparada e instrumentalizada para realizar intervenções baseadas

na escuta qualificada, garantindo a integridade de todos os envolvidos no processo de trabalho (PINHO; SOUZA; ESPERIDIÃO, 2018).

Produto do trabalho

A melhora do quadro crítico dos usuários, acompanhada da redução de danos dentro do serviço, da mudança de comportamento e da mentalidade dos próprios profissionais de saúde no que se refere ao tratamento ao paciente psiquiátrico, foram os produtos do trabalho mencionados pela equipe de enfermagem no hospital psiquiátrico:

Ver o paciente entrar em surto descompensado e sair bem [...] (HPENF1).

Se eu falar do cuidado de enfermagem eu vou ter resultados com prevenção de danos ao paciente e aí eu vou ter um índice de danos ao paciente baixa lá dentro [...] vou ter algumas mudanças de comportamento de trabalhadores de enfermagem no que se refere ao cuidado ao paciente [...] (HPENF3).

O resultado do trabalho no hospital psiquiátrico, portanto, é encaminhado para uma melhora pontual de um quadro psíquico, já o resultado do trabalho no CAPS tem o intuito de acompanhar a evolução do usuário a longo prazo, muitas vezes não alcançando a cura, mas sim uma melhora que devolve ao usuário qualidade de vida e a possibilidade de viver normalmente, além do apoio social quanto aos benefícios que eles têm direito, como demonstrado nas falas.

[...], o intuito do trabalho é trazer melhoras, não é cura, é uma melhora e geralmente se consegue, não 100%, mas eu acho que quase 100%, às vezes uma melhora maior em alguns, menor em outros, mas a gente sempre tem resultados sim [...] (C3PSIC2).

Eu tenho boas respostas graças a Deus. O paciente sair da crise, a família agradecer, estabilizar, paciente voltar ao trabalho, voltar a andar de moto, voltar a dirigir carro, paciente conseguir pegar um avião, coisas que foi pra mim e não fazia, ou "oh, Dr. eu tô sem beber tem 7 meses..." (C2MED1).

Paciente que a gente encaminhou para receber um benefício que muitas vezes ele nem sabia que existia, que ele poderia ter aquele recurso ali, ele vai, consegue.. às vezes eles querem presentear a gente, então, os retornos têm sido favoráveis, [...] (C3AS1).

De fato, o produto desse processo de trabalho não é mais o paciente cronificado e sem autonomia, mas sim um usuário independente e participativo no seu processo de recuperação. Se antes o tratamento era lento, meramente estabilizador para tratar crises pontuais, agora

têm-se uma assistência integral e contínua, trazendo esse usuário de volta para a vida em comunidade (BABINSKI; HIRDES, 2004).

A fala de uma psicóloga do CAPS aborda os resultados ruins evidenciados após a pandemia, no qual a incerteza do futuro introduzida nesse contexto acaba prejudicando a melhora dos quadros de transtorno, isto é, em um outro cenário sem pandemia, os resultados poderiam ser melhores:

[...] como a gente tá vivendo uma coisa atípica que é a pandemia eu não tenho muitas coisas boas, porque as pessoas estão sofrendo muito, a doença do século é a ansiedade, as pessoas estão muito deprimidas, estão muito ansiosas com medo exacerbado, insegurança, e não saber o que vai acontecer conosco daqui a um mês, 6 meses, um ano [...] (C2PSIC1).

Fatores que interferem no processo de trabalho em saúde mental

Para alcançar o produto desejável são muitos os desafios enfrentados pelos trabalhadores da saúde mental, que se defrontam com fatores que facilitam e dificultam os desfechos positivos no trabalho. Dentre os fatores que facilitam a conquista de bons resultados, destaca-se o trabalho em equipe dos profissionais de enfermagem no hospital psiquiátrico, bem como também é apontado por profissionais dos CAPS o bom relacionamento dentro do serviço e no desenvolvimento das atividades.

Bem, a questão da integração da equipe, tem pessoas da equipe de trabalho, técnicos, colegas que facilitam muito por conta de que ajudam muito, compartilham, dividem, esse é um ponto positivo eu diria (HPENF1).

[...] com relação a equipe aqui que a gente não tem o que reclamar, um ajuda o outro, é uma equipe multiprofissional, que eu tô envolvida aqui nesse caso deste paciente, eu chamo a enfermeira para conversar, chamo psicólogo, até mesmo o médico a gente interrompe "olha Dr. a gente tá com essa dúvida aqui..." então a gente tem essa boa relação (C3AS1).

Sem dúvida, para o êxito do trabalho no campo da saúde mental é imprescindível o trabalho em equipe. Segundo Aranha e Silva e Fonseca (2005), a equipe em saúde mental é integrada por profissionais de nível médio, superior e técnico e precisam atuar de forma colaborativa e dialogada entre os membros da equipe multidisciplinar, evitando competições, rivalidades e hierarquização.

Além do trabalho em equipe, o “gostar da área” é frisado por uma enfermeira do hospital psiquiátrico e uma do CAPS como um ponto facilitador do alcance dos resultados. O apoio da coordenação, o reconhecimento e a valorização no trabalho também foram apontados como fatores que facilitam, no caso do hospital psiquiátrico, e facilitariam, no caso do CAPS:

[...] outro ponto seria o fato de eu gostar de trabalhar na área de saúde mental, e isso é uma coisa que, apesar de todos esses entraves, é um trabalho que eu faço com satisfação, então quando a gente gosta do que faz isso já é um fator facilitador, de qualquer forma a gente tem um apoio da coordenação de enfermagem né? (HPENF1).

[...] a questão da valorização do profissional, de que forma? das formas melhores possíveis, a gente ama ser homenageado, mas a gente também ama ser homenageado de outra forma, né? (gesto de dinheiro) [...] (C3ENF2).

Se, por um lado, atuar na área de escolha profissional gera um sentimento de gratificação no trabalhador, por outro, ser reconhecido pela administração, valorizado em termos de salário e quando o trabalho corresponde às expectativas do profissional influenciam positivamente na forma como o trabalho é realizado (MERÇOM; CONSTANTINIDIS, 2020).

Ainda no que se refere aos fatores que facilitariam o alcance de bons resultados encontrou-se o funcionamento adequado da RAPS que, segundo as falas, apresenta dificuldades na regulação dos pacientes que desenvolvem outras intercorrências clínicas além da psiquiátrica e revela uma relação de dependência da emergência hospitalar, acarretando obstáculo na vinculação do usuário a outros serviços de menor complexidade da rede e, por consequência, prejudicando a continuidade do tratamento.

Uma funcionalidade na verdade da RAPS que infelizmente não tem funcionado, continua muito na dependência do serviço de emergência, [...] pacientes que eram demanda de outros serviços mas, por não funcionarem, vão pra emergência, então se funcionassem corretamente facilitaria muito o nosso serviço [...] (HPENF2).

As intercorrências clínicas também é uma coisa que dificulta porque [...] a gente não consegue uma transferência em tempo hábil, a gente "bota" o paciente no sistema de regulação e aquele paciente fica dois, três dias e a gente vendo a piora do quadro do paciente [...] (HPENF1).

Para os trabalhadores do CAPS também há dificuldades em encontrar bons resultados no trabalho devido às fragilidades da rede, como a falta de comunicação entre os serviços, a alta demanda, o quadro de pessoal reduzido e o espaçamento entre as consultas.

O distanciamento de uma consulta para outra, porque com o SUS a gente, psicólogo, era pra tá atendendo toda semana “seu João”, é muito distante de uma consulta para outra porque minha

agenda é enorme, o SUS tem pouco psicólogo e muito paciente. Esse ponto atrapalha porque a terapia não funciona de fato (C2PSIC1).

Às vezes a gente precisa de um apoio do posto, às vezes a gente tem dificuldade tanto de contato quanto do entendimento das UBS porque os nossos pacientes quando não é perfil para CAPS ou quando o paciente está estabilizado dentro do quadro a gente encaminha para as UBS para ele continuar o tratamento lá, mas as vezes só por ser um paciente de CAPS a unidade já não quer receber [...] (C2ENF1).

[...] A gente tem hoje cadastrado no CAPS mais de 8.500 pessoas, pra você ter atendimento diário de um médico só para dar suporte a isso, é meio complicado [...] (C3PSIC2).

A questão da falta de integração da RAPS têm sido cada vez mais discutida nos estudos realizados em várias regiões do país. Os autores apontam que a problemática das ações em rede horizontalizada compromete diretamente os processos de trabalho dos CAPS e hospitais especializados. A ausência de intersetorialidade, o apoio matricial incipiente e a falta de comunicação com as equipes de APS foram citados como as principais causas da fragilidade da rede de saúde mental (MERÇOM; CONSTANTINIDIS, 2020; PINHO; SOUZA; ESPERIDIÃO, 2018; TELES, 2021).

O apoio familiar também foi salientado pelos trabalhadores, sobretudo após a estabilização de um quadro agudo, momento em que o amparo familiar é fator crucial para a manutenção do tratamento, no uso adequado das medicações e, sobretudo, no envolvimento afetivo necessário para que o usuário se sinta motivado e acolhido.

[...] Barramos em situações com a família, excepcionalmente com pacientes em vulnerabilidade social, o paciente já está bem já está em condições de alta, porém o médico não pode dar aquela alta porque a família ainda não se estruturou para receber, é um paciente que fica muito tempo na rua, não vai fazer o tratamento no CAPS direitinho pra tomar a medicação [...] (HPTE2).

[...] Aqui no CAPS a gente precisa muito do paciente e da família, às vezes a gente acompanha o paciente e família e a gente às vezes não vê resultado, [...] e as vezes o que a gente tem de dificuldade é essa própria relação com o paciente e com a família, eu acho que isso seria algo que dificulta o que é planejado (C2ENF1).

O pouco apoio e, por vezes, a ausência familiar, principalmente quando se trata de pessoas com transtornos mentais, é frequente e ao mesmo tempo preocupante para as equipes de atenção psicossocial. Muitas vezes, esses familiares sentem-se sobrecarregados com o cuidado do usuário que, aliado às outras responsabilidades do cotidiano, acabam enfrentando dificuldades em assumir a função que lhe cabe no tratamento (MOREIRA; BOSI, 2019; PINHO; SOUZA; ESPERIDIÃO, 2018).

Como agravante, os trabalhadores apontam as restrições financeiras em que muitos usuários se encontram, dificultando até mesmo a presença assídua nos grupos terapêuticos. Os profissionais relataram ainda que fazem a busca ativa aos usuários faltosos, sendo a irregularidade na frequência do tratamento um fator que dificulta a conquista de bons resultados e poderia evitar futuras crises, em especial daqueles que possuem necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas:

[...] A questão econômica, a vulnerabilidade, às vezes a gente quer inserir o paciente em uma oficina, mas a gente não consegue porque o paciente relata dificuldade de transporte, o nosso território não são áreas próximas, então são áreas que o paciente precisa vir de transporte público, então temos esse entrave (C2ENF1).

[...] A gente colocou para no final do período, o enfermeiro que tiver em serviço, de plantão, ele vai pegar o livro de haldol, vai ver quais são os pacientes que faltaram e vão fazer uma lista para que no dia seguinte a funcionária do administrativo ligar e saber porque o paciente não veio [...] (C3ENF2).

Acho que o principal é adesão, não adianta você prescrever e ele não usar, além de quando você encaminha para uma outra atividade, ou para psicólogo, para a terapia, aí você pergunta: "tá fazendo atividade física?", "Não", "ta fazendo terapia..?" "... eu reclamo com todos eles [...] (C2MED1).

A importância de uma equipe multiprofissional completa é evidenciada nos discursos do hospital psiquiátrico, sendo o quadro de pessoal insuficiente em muitas categorias profissionais, principalmente no que se refere ao terapeuta ocupacional, bastante citado como um profissional essencial no processo de tratamento.

A questão do déficit da equipe multidisciplinar, por exemplo, a falta de um terapeuta ocupacional, isso é o mais pontual, dificulta muito o nosso trabalho [...] (HPENF1).

Existe uma questão chave pra mim, difícil é a questão do enfermeiro assumir competências que não é dele devido a ausência, não vou nem falar ausência, vou usar a palavra déficit de outros profissionais, entendeu? O colega e até eu acabamos fazendo o que a instituição está com esse déficit de profissionais e para que não haja uma falha, uma descontinuidade da assistência [...] (HPENF3).

Nota-se que com o processo de reforma psiquiátrica vigente, os profissionais foram convocados a realizar o seu trabalho em um ambiente que apresenta divergências em relação às condições oferecidas e àquelas propostas no novo modelo de atenção psicossocial, evidenciado nesse estudo pela ausência de equipe multiprofissional completa. Nessa perspectiva, Merçom e Constantinidis (2020) afirmam que os profissionais da saúde mental têm sido desafiados

rotineiramente a utilizar a criatividade e a capacidade inventiva para lidar com as variadas situações do cotidiano laboral, extrapolando, muitas vezes, suas especialidades.

Nesse cenário, uma enfermeira inclui em sua fala a necessidade de uma equipe multiprofissional que atue verdadeiramente em união, através da discussão de casos, elaboração conjunta de PTS e estratégias para melhoria da atenção dentro do serviço, modificando, assim, o modo de trabalho individualista que sobrecarrega e dificulta o trabalho para todos, e, por consequência, desfavorece a atenção ao usuário.

Sim, quando saberes não dialogam entre si, quando a gente fala de uma equipe interdisciplinar, mas ela não trabalha de forma articulada, aí eu vou trabalhar na questão central: o cuidado do paciente, que é o nosso objeto, e eu preciso fazer uma ação favorável a esse paciente, mas sozinha a enfermagem não consegue resolver a situação e aí eu preciso de outro saber envolvido [...]. Não se senta pra conversar, pra discutir os casos desafiantes, desafiadores lá dentro, a melhoria do cuidado dentro do hospital [...] (HPENF3).

Alguns fatores como falta de recursos materiais para administração de medicamentos, materiais para execução de oficinas terapêuticas, um veículo próprio para a realização das visitas domiciliares e às residências terapêuticas, foram abordados por trabalhadores de ambos os CAPS ainda como dificultadores do trabalho:

[...] mais recursos materiais para desenvolver oficinas terapêuticas, eu quero fazer uma oficina de culinária, não tem material para ensinar a fazer um bolo, ensinar a fazer uma coisa que vai gerar fonte de renda [...]. Demora de chegar ou não chega, às vezes vem em quantidade menor do que solicitou, às vezes não vem [...] (C3ENF2).

O espaço mais reservado para o serviço social, mais disponibilidade do carro para gente fazer as visitas [...] (C3AS1).

Temos medicamento mas as vezes acaba antes de todos pegarem, isso aí eu acho ruim, só isso que eu vejo que dificulta, no todo né? e agora no período da pandemia que não tá tendo as oficinas (C2MED1).

O modelo de atenção psicossocial rompe com a lógica biologicista ao incorporar profissionais de diversas áreas da saúde, incluindo osicineiros. No entanto, tem sido observado que os profissionais, muitas vezes, desconhecem o papel do CAPS e da importância do trabalho interdisciplinar, reduzindo o processo de trabalho à simples comunicação ou, até mesmo, a não comunicação entre os membros da equipe. Aliado à isso, as publicações enfatizam as dificuldades atreladas à precariedade da estrutura física e à falta de materiais para a realização de oficinas que, sem dúvida, interferem tanto no desenvolvimento das atividades,

quanto na satisfação do profissional com o próprio trabalho (NÓBREGA et al., 2017; PINHO; SOUZA; ESPERIDIÃO, 2018).

Mais um fator complexo que prejudica os resultados positivos do trabalho são as internações compulsórias referidas por enfermeiras do hospital psiquiátrico:

[...] eu acho que dificulta são as internações compulsórias, onde o juiz determina que aquele paciente vai ficar internado, aí o médico ver que já está em condição de alta, manda o relatório ao juiz dizendo que já está em condição de alta, mas ainda o juiz insiste em manter o paciente lá, aí isso entristece porque você vê que o paciente tá bem, tá compensado, dá tranquilamente pra viver em comunidade, com a sua família [...] (HPTE2).

Essa questão tangencia discussões proferidas pela literatura no que se refere à sobrecarga profissional e à piora no estado de saúde mental dos usuários que passam por internações psiquiátricas compulsórias. Fatureto, Ravagnani e Guanaes-Lorenzi (2020) afirmam que, na maioria das vezes, a alta dada pela equipe hospitalar não é acompanhada pela alta do poder judiciário, o que acaba prejudicando a evolução do usuário que mesmo em condições psicossociais de seguir com o acompanhamento em serviços de base comunitária, junto a sua família, permanece internado com outros usuários em surto e em um ambiente considerado estressante.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do estudo permitiu conhecer as vivências de profissionais da saúde mental em processos de trabalho de serviços distintos da RAPS em um contexto desafiador. No estudo, sobressaíram as dificuldades de implantação da política de saúde mental vigente, tanto nos CAPS quanto no hospital psiquiátrico, constituindo-se como obstáculos para alcançar a finalidade do processo de trabalho em saúde mental.

Em suma, o objeto do trabalho em ambos os serviços, mesmo sendo aquele que possui um transtorno mental, se diferencia a depender do tipo de transtorno, do grau de severidade e vulnerabilidade social. Além do próprio usuário, a família também é um objeto essencial para o alcance dos resultados no que tange à reabilitação, à reinserção social e à adesão ao tratamento. Para o alcance dos resultados, preza-se por um trabalho humanizado lançando mão de instrumentos, como o acolhimento e a escuta nos dois serviços pesquisados. No entanto, as oficinas terapêuticas e o PTS, instrumentos que contribuem para a formação de vínculo, para a

socialização e o resgate da cidadania, funcionam de forma efetiva apenas nos CAPS, dificultando a independência e a participação do usuário no seu processo de recuperação.

O espaço estrutural de trabalho com instalações físicas precárias e inadequadas, principalmente no hospital psiquiátrico e no CAPS III, é, da mesma forma, um fator que dificulta a efetivação de um ambiente terapêutico. O espaço se coloca, nesse contexto, como um fator de risco para a efetivação do tratamento, além dos riscos inerentes à lida com o usuário em situação de crise. Desse modo, os trabalhadores, peças-chaves para a transformação das práticas e a implantação da RPB nos serviços, identificaram que esses elementos do processo de trabalho interferem na transformação do objeto, gerando também tensionamentos para si mesmos.

A despeito da finalidade das políticas de saúde mental em atingir um cuidado abrangente e acessível para todos os usuários, conforme os princípios e diretrizes do SUS, ainda se observa limitações diante da complexidade das demandas de saúde mental, especialmente no que tange à integração dos serviços da rede, à falta de comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e à incipiência de capacitações na área. Assim, transpor essas barreiras não supõe uma responsabilidade exclusiva dos trabalhadores da saúde mental, já envolvidos em um difícil processo de construção de saberes e práticas, mas de todos os atores que intervêm nas políticas públicas que visam melhorar a saúde mental das pessoas.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, S. M. M. O.; QUEIROZ, M. S. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: Uma análise qualitativa. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n. 1, p. 207-215, 2007.

ARANHA E SILVA, A. L.; FONSECA, R. M. G. S. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. **Rev Latinoam Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 441-9, 2005.

BABINSKI, T; HIRDES, A. Reabilitação psicossocial: a perspectiva de profissionais de centros de atenção psicossocial do rio grande do sul. **Texto Contexto Enferm**, v. 13, n.4, p. 568-76, 2004.

BAHIA. **Regiões de Saúde do Estado da Bahia**. 2020. Disponível em: http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/municipioch.asp?CIDADE=291080. Acesso em: 05 mar 2020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 229 p., 2011.

BELOTTI, M. et al. Percepções sobre o Processo de Trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. **Trends Psychol.**, v. 25, n. 4, 2017.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 9 de junho de 2001. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 26 de dezembro de 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 02 mar 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.

BRASIL. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CABRAL, S. B.; DAROSCI, M. A trajetória das políticas de saúde mental no Brasil: Uma análise a partir do ângulo normativo (1903-2019). In: SEMINÁRIO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, TRABALHO E POLÍTICA SOCIAL (3)., 2019, Florianópolis. **Anais...** Santa Catarina: RIUFSC, 2019. p 6-13.

CARVALHO, M. M. C.; SANTANA, S. M. Uso de crack e suporte familiar: implicações na assistência. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 13, n. 1, 2018.

CAVALCANTE, M. T. A Reforma Psiquiátrica brasileira: ajudando a construir e fortalecer o Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 9, p. 1962-1963, 2008.

CAVALCANTE, R.B; CALIXTO, P; PINHEIRO, M.M.K. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Rev. Inf. & Soc.: Est.**, v.24, n.1, p. 13-18, jan /abr, 2014.

COELHO, T. C. B.; et al. Discursos de trabalhadores da estratégia saúde da família sobre o SUS. **Rev. Saúde Col. UEFS**, v. 5, p. 1, 2015.

DATASUS. Informações de Saúde. Tipos de Estabelecimentos, 2016. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabba>. Acesso em: 6 mar 2020.

FARIA, H. X; ARAUJO, M. D. Uma Perspectiva de Análise sobre o Processo de Trabalho em Saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde Soc**, v.19, n.2, p.429-439, São Paulo, 2010.

FATURETO, M. L. P.; RAVAGNANI, G. S. de P.; GUANAES-LORENZI, C. O manejo da internação psiquiátrica compulsória por profissionais de saúde em seu cotidiano. **Psicol. Soc.**, v. 32, n. e190864, 2020.

FERREIRA, M. P. S. **Processo de trabalho e suas repercussões na vida e saúde de trabalhadores de hospitais públicos sob gestão direta do estado da Bahia**. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Feira de Santana, 2017. 145f.

GOMES, B. S.; et al. A identidade profissional da enfermagem numa perspectiva de gênero. **Universidade Federal da Bahia (UFBA)**, 2013. Disponível em: <convibra.com.br/upload/paper/2013/80/2013_80_5723.pdf>. Acesso em: 01/06/2017

GUIMARÃES, J. M. X; JORGE, M. S. B; ASSIS M. M. A. (In) satisfação com o trabalho em saúde mental: Um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.16, n.4, p. 2145-2154, 2011.

HORI, A. A.; NASCIMENTO, A. F. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3561-3571, 2014.

IBGE. Cidades. Feira de Santana: IBGE, 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/feira-de-santana.html>. Acesso em: 05 mar 2020.

JAFELICE, G. T; MARCOLAN, J. F. O trabalho multiprofissional nos Centros de Atenção Psicossocial de São Paulo. **Rev Bras Enferm** [Internet], v.71, n. 5, p. 2259-66, 2018.

JESUS, G.F; COELHO, T.C.B. Condições estruturais dos centros de atenção psicossocial (CAPS) de Feira de Santana-BA. **Rev. Saúde Col. UEFS** , Feira de Santana, n. 5, v. 1, p. 51-58, 2015.

KANTORSKI, L. P; et al. Avaliação qualitativa de ambiência num Centro de Atenção Psicossocial. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2059-2066, 2011.

MACÊDO, D. V. C. Algumas considerações sobre o trabalho e sua precarização no contexto capitalista. **Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro**, n. 41, v. 16, p. 240 – 255, 2018.

MACEDO, J. Q; et al. Práticas em serviço de saúde mental: interface com a satisfação Profissional. **Texto Contexto Enferm** , Florianópolis, v. 22, n.4, p. 999-1006, 2013.

MARX, K. **O Capital: crítica da economia política**. São Paulo: Editora Nova Cultura Ltda, 1996.

MATEUS, M. D; MARI, J. J. O sistema de saúde mental brasileiro: avanços e desafios. In: CERQUEIRA, L.R. **Políticas de saúde mental**. São Paulo: instituto de saúde. 2013. 54 Disponível em <

http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/outras-publicacoes/politicas_de_saude_mental_capa_e_miolo_site.pdf > Acesso em 6 de mar de 2020.

MARINHO, A. M. et al. Reflexões acerca da Reforma Psiquiátrica e a (re) construção de políticas públicas. **Rev. Min. Enferm**, v.15, n.1, p. 141-147, 2011.

MARTINS, P. P. S.; GUANAES-LORENZI, C. Participação da Família no Tratamento em Saúde Mental como Prática no Cotidiano do Serviço. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 32, n. 4, p. 1-9, 2016.

MERÇOM, L. N.; CONSTANTINIDIS, T. C. Processos de Trabalho e a Saúde Mental dos Trabalhadores nos CAPS: uma revisão integrativa. **Contextos Clínicos**, v. 13, n. 2, 2020.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3a Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Trabalho em Saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (org.). **Dicionário da Educação e Trabalho em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. p 278 – 84.

MILHOMEM, M. A. G. C.; OLIVEIRA, A. G. B. O trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial: um estudo em Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 30, n. 2, p. 272-279, 2009.

MOREIRA, D. J.; BOSI, M. L. M. Qualidade do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial: experiências de usuários no Nordeste do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 2, e290205, 2019.

NÓBREGA, M. P. S. S. et al. Tecendo a Rede de Atenção Psicossocial Oeste do município de São Paulo. **Rev Bras Enferm**, v. 70, n. 5, p. 1016-23, 2017.

NUNES, J.V; et al. A pesquisa qualitativa apoiada por *softwares* de análise de dados: uma investigação a partir de exemplos. **Revista Fronteiras – estudos midiáticos**, v.19, n.2, p. 233-244, maio/agosto 2017.

OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 191-203, 2005.

OLIVEIRA, J. D. S; ALVES, M.S. C. F; MIRANDA, F.A.N. Riscos ocupacionais no contexto hospitalar: desafio para a saúde do trabalhador. **Revista de Salud Pública**, v. 11, n.6, p. 909-917, 2009.

OLIVEIRA, J. F. et al. Satisfação profissional e sobrecarga de trabalho de enfermeiros da área de saúde mental. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.24, n.7, p.2593-2599, 2019.

PANIAGUA, D. V. et al. Projeto K: Capacitar para uma transição segura hospital-comunidade. **Rev Bras Enferm**, v. 71, suppl 5, p. 2396-403, 2018.

PINHO, E. S.; SOUZA, A. C. S.; ESPERIDIÃO, E. Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 141-151, 2018.

PITTA, A. M. F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011.

ROSA, L.C.S. Política pública brasileira de saúde mental: Cenários e atores no contexto neoliberal. IX Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luís, MA, 25 a 28 de 57 agosto 2009. Disponível em:

<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIV/eixos/12_seguridade/politica-publica-brasileira-de-saude-mental-cenarios-e-atores-no-contexto-neoliberal.pdf> Acesso em: 10 de mar 2020.

SAIDEL, M. G. B; et al. O enfermeiro psiquiátrico numa instituição estatal: estudo exploratório descritivo. **Rev Gaúcha Enferm**, v.28, n.2, p. 200-6, 2007.

SAMPAIO, J. J. C; et al. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.16, n.12, p. 4685-4694, 2011.

SILVA, G. M, et al; O processo de trabalho na supervisão clínico-institucional nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 309-322, junho 2012.

SOUSA, F. S. P; JORGE, M. S. B. O retorno da centralidade do hospital psiquiátrico: retrocessos recentes na política de saúde mental. **Trab. Educ. Saúde** , Rio de Janeiro, v. 17, n.1, e0017201, 2019.

SOUZA, J. et al. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: a percepção dos profissionais. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 70, n. 5, p. 935-41, 2017.

SOUZA S. S. et al. Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. **Rev. Eletr. Enf** . [online]. v.12, n,3, p.449-55, 2010.

TAKAUTI, D. Y. et al. Usuário, cliente ou paciente? Qual o termo mais utilizado pelos estudantes de enfermagem? **Texto Contexto Enferm**, v. 22, n. 1, p. 175-83, 2013.

TELES, M. P. S. F. **Avaliação da Rede de Atenção Psicossocial no contexto da reforma psiquiátrica brasileira**. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Feira de Santana, 2021. 203f.

YAMAMOTO, D. M, et al. O processo de trabalho dos enfermeiros em Unidades de Alojamento Conjunto pediátrico de instituições hospitalares públicas de ensino do Paraná. **Texto contexto e enfermagem** , v. 18, n. 2, p. 224-232, 2009.

5.2 Artigo 2

SENTIDOS DO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL: SOBREVIVÊNCIA, REALIZAÇÃO E ADOECIMENTO EM TEMPOS PANDÊMICOS.

Jéssica Vieira dos Santos

Thereza Christina Bahia Coelho

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, do tipo exploratória que tem como objetivo analisar como situações de adoecimento, sofrimento e superação são vivenciadas e significadas pelos trabalhadores de saúde em dois dispositivos da RAPS: O Hospital Psiquiátrico e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de um município do Nordeste brasileiro. Foram entrevistados 13 trabalhadores de saúde: enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, assistentes sociais, e psicólogos. A entrevista semiestruturada foi utilizada como instrumento de coleta através da modalidade à distância. A análise foi realizada através do método de análise de conteúdo de Bardin, tendo como categorias analíticas que orientaram o processo de interpretação: a satisfação, o sofrimento, adoecimento e percepção de risco. A satisfação foi percebida neste estudo como elemento essencial para o desenvolvimento do trabalho em saúde mental, funcionando como importante fator de proteção à saúde mental para os trabalhadores, que vivenciam em seu cotidiano situações causadoras de sofrimento, estresse e alterações de humor, principalmente após a pandemia que afetou de modo singular o processo de trabalho em saúde mental. Questões organizacionais da RAPS que deveriam envolver a reorientação assistencial com foco nos espaços de sociabilidade ainda permanece como uma realidade distante e que traz sofrimento e desgaste ao o trabalhador.

Palavras Chave: Saúde Mental; Sofrimento; Adoecimento; Pandemia.

ABSTRACT

This is a qualitative, exploratory research that aims to analyze how situations of illness, suffering and overcoming are experienced and signified by health workers in a Psychiatric Hospital and two Psychosocial Care Centers (CAPS) in a municipality of the Brazilian Northeast. 13 health workers were interviewed: nurses, nursing technicians, physicians, social workers, and psychologists. The semi-structured interview was used as a collection instrument through the distance modality. The analysis was performed using Bardin's method of content analysis, having as analytical categories that guided the interpretation process: satisfaction, suffering, illness and risk perception. Satisfaction was perceived as an essential element for the development of work in mental health, working as an important protective factor for mental health for workers, who experience situations that cause suffering, stress and mood swings, especially after the pandemic that affected it so singular the work process in mental health. RAPS organizational issues that should involve assistance reorientation with a focus on sociability spaces still remain a distant reality that brings suffering and wear to the worker.

Key Words: Mental Health; Suffering; Illness; Pandemic.

INTRODUÇÃO

A partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) o campo da saúde mental obteve um grande progresso, principalmente, após a promulgação da Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, que aprovou a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) (BRASIL, 2001). Nesse processo crucial de consolidação da reforma, também foi promulgada a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 que cria a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cujo objetivo foi aumentar e unir diversos pontos de atenção à saúde, através de serviços substitutivos para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011).

Dentre essas modificações organizacionais e de funcionamento no campo da saúde mental estão a realocação dos trabalhadores para serviços substitutivos, os novos conhecimentos e práticas de trabalho e de cuidado, aliado ao crescimento dos debates e aprofundamento teórico-científico em torno do processo de trabalho na saúde mental (GUIMARÃES, JORGE, ASSIS, 2011; MATTOS, 2016; SAMPAIO et al., 2011).

No Brasil, no que concerne ao processo de trabalho de instituições psiquiátricas, a satisfação do trabalhador é o mais importante indicativo relacionado à boa assistência aos usuários e, por consequência, à resolubilidade dos problemas de saúde com eficiência. Deste modo, o exercício profissional é fonte de satisfação e a busca do prazer no trabalho constitui um desejo constante para o trabalhador, devido às exigências no processo, nas relações e na organização do trabalho (ALVES, SANTOS, YAMAGUCHI, 2018; GUIMARÃES, JORGE, ASSIS, 2011; MACEDO, et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2019; SAIDEL et al., 2007; SANTOS et al., 2011).

Os efeitos decorrentes da satisfação ou insatisfação podem afetar a saúde, posto que trabalhadores mais satisfeitos apresentam melhor qualidade de vida e são mais saudáveis, e, por essa razão, menor é a ocorrência de doenças físicas e mentais. A qualidade de vida, refletida “por meio da generalização das emoções do trabalho para a vida fora do trabalho” e o comportamento dos trabalhadores, quando em níveis mais baixos, refletem nas taxas de absenteísmo, na alta rotatividade e na queda de produtividade no trabalho (MARQUEZE; MORENO, 2005; MARTINEZ; PARAGUAY, 2003, p. 68; REBOUÇAS, 2008).

Para essa análise, é importante levar em consideração a organização do trabalho, que possui um caráter eminentemente neoliberal desde os anos 1980, quando passou a focar na alta produtividade, na competitividade e na rentabilidade. Contudo, esse novo padrão produtivo pode causar danos à saúde devido, principalmente, à organização hierárquica presente nos serviços, que impede a autonomia e a liberdade do uso do saber pelos trabalhadores, imposição de limites que pode levar ao sofrimento e desgaste (LACAZ, 2014).

O avanço do capitalismo não pôs fim ao trabalho penoso e sim, o oposto, incentivou novas formas complexas e sutis de sofrimento (AUGUSTO, FREITAS, MENDES, 2014). Nesse contexto, a psicodinâmica do trabalho constitui um ramo de pesquisa para o autor Christophe Dejours que busca compreender aspectos psíquicos e subjetivos estimulados a partir das relações e da organização do trabalho (DEJOURS, 1992), investigando as angústias e as estratégias utilizadas pelos trabalhadores para ressignificar e superar o sofrimento, no sentido de converter o trabalho em prazer (AUGUSTO, FREITAS, MENDES, 2014).

Ao levar em consideração a transversalidade da saúde do trabalhador com o trabalho e seus efeitos nocivos, identifica-se a necessidade de proteção e vigilância da saúde do trabalhador (ATHAYDE; HENINGTON; PRADO, 2016), especialmente quando expostos a situações peculiares como uma pandemia. A partir de dezembro de 2019 trabalhadores da saúde de todo o mundo acrescentaram aos seus processos de trabalho mais um desafio com o surgimento do vírus SARS-CoV-2 (COVID-19) (MONTEIRO, et al., 2021).

A veloz disseminação da doença pelo mundo trouxe uma constante preocupação para esses trabalhadores, atores importantes que estão no combate direto ao vírus. São muitos dilemas que envolvem esse contexto pandêmico, no entanto, as principais consequências surgem através do adoecimento físico e psíquico, refletindo de forma negativa no processo saúde-doença e na qualidade de vida dos profissionais de saúde (MONTEIRO, et al., 2021).

Diante dos novos desafios do trabalho nos serviços de saúde mental em um contexto pandêmico, confirma-se a importância de apoderar-se das investigações relacionadas à saúde dos trabalhadores, investigando como o processo de trabalho pode impactar nas suas vidas causando sofrimento e adoecimento. Dessa maneira, este estudo analisa como situações de adoecimento, sofrimento e superação, relativas ao sujeito-trabalhador, enquanto profissionais da saúde mental, são vivenciadas e significadas cotidianamente em dois dispositivos da RAPS, a

saber, Hospital Psiquiátrico e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), representantes dos modelos pré e pós RPB, de um município do Nordeste brasileiro.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, do tipo exploratória para investigar o processo de trabalho de trabalhadores de saúde que atuam em serviços da RAPS. O campo de investigação deste estudo foi composto por dois CAPS das modalidades II e III, e uma Unidade Hospitalar Psiquiátrica, todos pertencentes à RAPS do município de Feira de Santana.

O município de Feira de Santana, é a segunda cidade mais populosa da Bahia, possui uma população de 614.872 habitantes, segundo estimativa do IBGE para 2019, e densidade demográfica de 416,03 habitantes/km² (IBGE, 2019). A macrorregião Centro-Leste, a maior do estado da Bahia, possui um total de 72 municípios, dos quais Feira de Santana é referência, possuindo 661 estabelecimentos de saúde credenciados e 1.107 leitos SUS, conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), de 2015 (BAHIA, 2020). A RAPS da região de saúde de Feira de Santana possui 18 CAPS, mas dos 28 municípios, apenas 14 (50%) possuem esse serviço (DATASUS, 2016).

O estudo não abrangeu toda a rede, que é muito ampla, por isso a escolha das unidades e serviços utilizou o critério de distribuição espacial afinada para comparar os processos de trabalho nos níveis de atenção da RAPS, escolhendo apenas serviços especializados em saúde mental, esse critério explica a exclusão da Atenção Primária a Saúde (APS) como campo deste estudo.

Na unidade hospitalar, foram estudados processos de trabalho nas seguintes unidades do serviço: Emergência; Enfermarias de média permanência masculina e feminina e a UPG (Unidade Psico-geriátrica). Para facilitar o diálogo dos resultados, foram privilegiados os CAPS II e III por atenderem ao mesmo público da unidade hospitalar e tempo de implantação maior que dois anos. Foram entrevistados 13 trabalhadores das seguintes categorias profissionais: enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, assistentes sociais, e psicólogos. Todos os trabalhadores ocupavam postos de trabalho diretamente relacionados a sua profissão.

Os critérios de inclusão dos sujeitos da pesquisa buscaram contemplar: a completude e diversidade de categorias profissionais dentro de uma mesma equipe, levando-se em conta a

participação destes profissionais no corpo técnico do hospital; além de constituírem profissionais que estivessem há mais tempo na equipe de saúde e; o profissional deveria estar trabalhando há, no mínimo, seis meses ininterruptos no mesmo serviço.

Devido ao período de pandemia do novo coronavírus (COVID-19) e da suspensão temporária das atividades presenciais, fez-se necessário uma mudança metodológica referente às técnicas e aos instrumentos de coleta. Assim, as entrevistas semiestruturadas foram realizadas através da modalidade à distância e mediante um roteiro testado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

Para esse estudo, foram utilizadas as questões referentes ao bloco IV de roteiro semiestruturado já utilizado em estudos anteriores (COELHO et al., 2016; COELHO, TELES, FERREIRA, 2016): Circunstâncias de sofrimento, adoecimento e superação (Quais são as situações de adoecimento, sofrimento e superação, relativas tanto ao sujeito-trabalhador, são vivenciadas e significadas, cotidianamente?).

As chamadas de vídeo foram gravadas mediante a autorização do(a) entrevistado(a), e, posteriormente, os áudios foram transcritos e armazenados no banco de dados do Núcleo de Saúde Coletiva (NUSC/UEFS). A autorização foi obtida com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), atendendo à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Após a coleta e transcrição das entrevistas, os dados foram organizados e categorizados com o auxílio do software QSR NVivo 10.0.641.0, que simplifica a sistematização e análise de dados qualitativos (NUNES et al., 2017).

Os depoimentos, após leitura, foram tratados por meio do método de análise de conteúdo, que é uma técnica que aborda as vivências do sujeito, assim como suas compreensões sobre determinado objeto e seus fenômenos (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014). A análise de conteúdo foi realizada, conforme Bardin (2011), em três etapas: **Pré-análise**, na qual as entrevistas foram transcritas (na íntegra) e logo depois foi realizada uma leitura flutuante para seleção de material a ser utilizado nesta pesquisa, de acordo com os objetivos. Após essa etapa, **na fase de organização**, as falas foram organizadas em categorias analíticas que orientaram o processo de interpretação: satisfação do sujeito com seu trabalho; sofrimento, adoecimento e percepção de risco.

Na fase final, caracterizada como **tratamento dos resultados e interpretação**, os mesmos foram trabalhados de forma a serem significativos e válidos. Posteriormente, os resultados foram descritos e debatidos com o respaldo da literatura pesquisada.

Para garantir o anonimato dos participantes, os nomes dos profissionais foram substituídos pela letra inicial do serviço – “H” para Hospital Psiquiátrico e “C” para CAPS – seguidos pela abreviatura da função/categoria profissional desempenhada, como, TEC (técnico de enfermagem), ENF (enfermeiro), MED (médico), PSICO (psicólogo) e AS (assistente social) e pela numeração da ordem dos entrevistados. Na apresentação e discussão dos resultados foram utilizados os seguintes códigos: "[...]" para significar que parte da fala foi excluído; e "... " para exemplificar as pausas que ocorreram durante as falas.

O presente estudo faz parte do projeto de mestrado intitulado “Processo de trabalho em serviços da Rede de Atenção Psicossocial de um Município do Nordeste”, aprovado pelo CEP da UEFS em 15/03/2021, parecer no 4.590.470 e CAAE: 38532620.5.0000.0053.

RESULTADOS

Significações do trabalho em saúde mental

No resultado da consulta de frequência de palavras, contemplando as 60 palavras mais frequentes nos depoimentos dos entrevistados é possível observar o predomínio de termos que representam os efeitos e os resultados planejados e alcançados pelos trabalhadores a partir do seu processo de trabalho em saúde mental (Figuras 1) e a forma como são experienciadas as situações do cotidiano neste campo (Figura 2).

como “remuneração”, que apesar de trazer estabilidade para os trabalhadores concursados é também motivo de desestímulo devido aos salários baixos e defasados; e “rede”, que por ser ainda desestruturada prejudica a continuidade dos tratamentos e torna desgastante o trabalho no campo da saúde mental. Tais aspectos negativos interferem na plenitude da “satisfação”.

A Figura 2 traz com maior frequência as palavras “ansiedade”, “sofrimento” e, novamente, a palavra “satisfação”, sintetizando a forma como os trabalhadores vivenciam o trabalho na RAPS, principalmente após a “pandemia”, palavra que também obteve uma alta frequência, e afetou de modo singular o processo de trabalho em saúde mental. Esse ponto é interessante, na medida que a “satisfação” é decorrente de uma situação negativa – a pandemia – na qual o trabalho ganha significado ou pausa, por meio de “férias” e maior contato com a família.

Em continuidade, tem-se a frequência de palavras como o “estresse”, as alterações de “humor”, o “adoecimento”, as “frustrações”, a “tristeza” e o desgaste “emocional” advindos de questões estruturais e organizacionais da RAPS, assim como da própria assistência ao usuário em sofrimento mental, além da remuneração e da falta de férias.

O significado do trabalho

O trabalho em saúde mental foi referido como um “trabalho de grande importância”, visto que uma atenção adequada pode equilibrar os aspectos cognitivo e emocional de quem apresenta sofrimento mental, sendo, portanto, esta contribuição na vida dos indivíduos uma forma de estímulo, gratificação e honra para os trabalhadores:

A saúde mental é uma coisa que tem que estar em primeiro lugar na saúde, se você não está com sua cabeça boa, não está com nada bom, se está sentindo uma dor física, mas está bem emocionalmente, está feliz, está aberto, bem orientado, bem equilibrado, tudo flui. Mas se sua cabecinha estiver desorganizada, nada funciona bem, então se posso contribuir para facilitar com que as coisas funcionem melhor nesse sentido, eu vejo meu trabalho como um trabalho de fundamental importância (HENF1).

[...]. Me sinto honrada em poder trabalhar e poder ajudar pessoas que estão com o seu estado físico mental, emocional debilitado (C3ENF2).

Para mim é uma coisa muito importante, [...] hoje pra mim é a minha vida, os resultados que eu alcanço, [...], (C3PSICO2).

Segundo, Oliveira et al. (2019), muitos trabalhadores desempenham suas atividades por questão de escolha e pelo sentimento de satisfação. Da mesma forma, o significado do trabalho se misturou com a satisfação neste estudo, que aparece estreitamente associado ao alcance da finalidade do trabalho. Poder oferecer apoio, orientação e acolhimento aos usuários e suas famílias traz sentido para a vida destes trabalhadores da saúde mental:

Significa realização, satisfação, quando eu consigo atingir a necessidade daquele usuário, saber que pelo menos naquele momento ele conseguiu receber o apoio, a escuta, e a orientação que necessitava, são pessoas altamente desgastadas, sofridas, tanto eles quanto família, estigmatizados, que buscam na gente muito mais que um medicamento, vão muitas vezes lá buscar alguém que ouça e que entenda a situação deles, [...]. É um serviço que me traz felicidade (HENF2).

Faz parte da minha vida, me completa, me sinto muito bem, satisfeita em estar ajudando as pessoas e fazer parte da equipe, ainda mais dentro da saúde mental que eu gosto demais, [...] e quando a gente vê as coisas funcionando bem, nós ficamos ainda mais satisfeitos (HTEC2).

Para Bandeira, Ishara e Zuardi (2007), Leal, Bandeira e Azevedo (2012), Oliveira et al. (2019), o nível de satisfação ou insatisfação do trabalhador é um importante indicador de qualidade dos serviços de saúde, uma vez que está relacionado à avaliação dada por esses profissionais aos diversos aspectos inerentes às condições em que acontece o processo de trabalho. A satisfação, desta forma, está associada à maneira em que as experiências cotidianas no ambiente laboral são refletidas na vida profissional e pessoal do trabalhador, de acordo com seus propósitos e valores individuais (BANDEIRA, ISHATA, ZUADI, 2007).

Nos serviços de saúde mental, a satisfação e/ou insatisfação estão relacionadas ao desafio que é novo modelo de atenção psicossocial. A possibilidade que o trabalhador tem de implementar projetos terapêuticos juntamente com usuários e familiares, além das boas relações interpessoais entre a equipe, são fatores considerados como fontes de prazer. No entanto, aspetos como a sobrecarga de trabalho, a tensão existente na transição do novo modelo assistencial, a falta de recursos e de valorização dos profissionais, são alguns pontos que refletem a insatisfação dos trabalhadores (PELISOLI; MOREIRA; KRISTENSEN, 2007; SAMPAIO et al., 2011).

Assim, é notável que os trabalhadores entrevistados se apresentem satisfeitos com seu trabalho, no entanto, o trabalho também esteve associado a algo negativo. A desarticulação da RAPS, como visto nas Figuras 1 e 2, torna o trabalho desgastante, desmotiva o trabalhador devido a descontinuidade da assistência, representada por uma rede desorganizada e que

prejudica o suporte necessário ao paciente na manutenção do tratamento e acolhimento às famílias.

[...] A rede de saúde mental ainda é desorganizada, desestruturada, desintegrada, temos os CAPS como a base da pirâmide, mas a gente ainda não consegue ter um trabalho integrado, o que facilitaria muito, [...] o paciente sai de alta e a gente sabe que não vai ter uma continuidade, a gente ainda vê uma desestruturação na área da saúde mental, isso é uma coisa que me incomoda muito (HENF1).

Observando de forma geral, estes são problemas e desafios encontrados pelo SUS, no qual serviços de alta complexidade recebem demandas que deveriam ser resolvidas nos níveis de baixa ou média complexidade, principalmente pela atenção primária, com maior resolubilidade.

Lima e Guimarães (2019) abordam a característica estratégica e articuladora dos CAPS dentro da RAPS e salientam que a ordenação do cuidado deveria ser compartilhada com a APS, uma vez que esta estabelece vínculos e corresponsabilização entre profissionais e comunidade, configurando-se como núcleo dentro do desenho organizativo em saúde no Brasil. Todavia, a inserção da saúde mental na APS ainda é um dos desafios da RPB e um importante recurso a ser explorado no que se refere ao cuidado territorial em saúde mental, auxiliando o CAPS, que deve permanecer como articulador principal, mas não assumindo centralidade na estrutura da rede.

Desta forma, no presente estudo, o trabalho em saúde mental no hospital psiquiátrico está condicionado especialmente ao bom funcionamento da RAPS, sendo necessário inserir as deficiências do serviço hospitalar neste aspecto. Os trabalhadores referem que há necessidade de uma equipe multiprofissional completa em todos os setores, dado que existe uma carência de profissionais que proporcionem alternativas terapêuticas aos pacientes, principalmente na emergência.

Estou (satisfeita)! Eu creio que poderíamos melhorar se tivéssemos uma equipe um pouco mais completa, com psicólogo presente com esse paciente (HENF2).

Estou satisfeita, mas trago o desejo de fazer um pouco mais, [...] ver (os pacientes) participando de mais terapias, a gente sabe que hoje dentro da saúde mental há um leque de possibilidades para trabalhar, não só a medicalização, então eu trago esse desejo de ver um pouco mais ainda acontecendo dentro do hospital (HTEC2).

De acordo com o que é preconizado pela PNSM, o atendimento aos usuários nos serviços de saúde mental deve garantir uma assistência multiprofissional (BRASIL, 2011),

sendo esta uma estratégia de superação do modelo manicomial (CALDAS et al., 2019). Nessa perspectiva, a ausência de profissionais como o terapeuta ocupacional (TO) nos serviços de saúde mental representa um retrocesso para a assistência psiquiátrica, uma vez que esses trabalhadores contribuem para a construção de novos rumos para a atenção à saúde mental, através de atividades alternativas aos tratamentos medicamentosos, auxiliando juntamente com outros profissionais na reabilitação psicossocial e na reinserção do usuário à sociedade (RIBEIRO, OLIVEIRA, 2005).

Os trabalhadores também retrataram a importância de um maior comprometimento do Estado que se mostra indiferente frente aos problemas identificados pelos trabalhadores, bem como na garantia de condições adequadas no que se refere ao ambiente de trabalho, com mais e melhores recursos humanos, materiais e estruturais, dentre outros. Lembrando que o hospital em estudo é da rede própria estadual.

Estou satisfeita, mas gostaria de obter uma resposta maior do Estado, para que a gente tivesse uma garantia maior de continuidade do trabalho após alta desse paciente, [...] vira aquele ciclo vicioso até o paciente chegar a uma cronicização, a gente se sente impotente, nesse sentido é desgastante e um pouco frustrante. Gostaria que tivesse um incentivo maior do poder público, [...] (HENF1).

O hospital psiquiátrico configura-se como local de transformação de princípios e paradigmas relacionadas a loucura, não representando apenas uma reformulação do espaço físico, mas sim tornar cada vez mais acessível e flexível a ligação entre o paciente em sofrimento mental, as instituições destinadas a ele e a sociedade (SILVA, 2016).

Nesse contexto, para SILVA (2016), é necessário investimento contínuo e maior responsabilização do Estado para uma mudança qualitativa na organização do trabalho nesses serviços, permitindo a proteção dos direitos humanos a partir de um funcionamento adequado da rede, no qual o hospital psiquiátrico exerce sua função de internação em crises agudas e, posteriormente, reconduz o paciente para a sociedade e o convívio familiar, com o indispensável acompanhamento dos outros serviços substitutivos de base comunitária.

A satisfação está também relacionada ao que o trabalho proporciona em termos concretos e abstratos. No hospital psiquiátrico, os trabalhadores entrevistados em sua totalidade gozavam de estabilidade financeira por serem concursados, assim, como ganhos e benefícios citam o salário como o principal bem concreto, que proporciona o sustento e diversas

conquistas materiais. O tipo de contratação é um fator que contribui para amenizar as dificuldades enfrentadas no dia a dia do labor, inclusive a política administrativa flexível da instituição oferece tranquilidade para se trabalhar com autonomia.

No entanto, embora exista segurança financeira e profissional assegurada ao servidor público pelo tipo do regime de trabalho, é frequente nos discursos a insatisfação com relação ao valor salarial defasado no hospital psiquiátrico, demonstrando que o baixo salário e a falta de reajuste tornam o trabalhador desmotivado e desestimulado.

Foi tirado alguns tipos de vantagens que tínhamos. Tem cinco anos que estamos com nossos salários defasados, então se você não tiver o prazer pelo trabalho, isso te desmotiva, o salário mínimo sempre tem reajuste, o trabalho do servidor público, cada vez mais sendo cortado, isso aí é desestimulador (HTEC2).

Apesar de que hoje vivo em uma situação confortável no sentido de que meu vínculo de trabalho me coloca em uma situação confortável diante da maioria dos trabalhadores de saúde [...], a gente ainda tem uma questão deficitária em relação a remuneração, estamos há alguns anos sem reajuste salarial e muitas vezes a gente percebe uma perda salarial muito grande, isso nos frustra [...], e agora,, com a pandemia está sendo comprometida a progressão de trabalho, as promoções, tudo isso está estagnado (HENF1).

Nos CAPS, a queixa relacionada ao salário também está presente nas falas dos trabalhadores, sendo esse aspecto agravado por conta do vínculo empregatício que, muitas vezes, se caracteriza por cargos políticos, predominando nas contratações nesse serviço, e que certamente limita a autonomia do trabalhador, além do salário incompatível com a carga horária trabalhada e da falta de recebimento dos auxílios previstos em lei para os trabalhadores que atuam em instituições com riscos à saúde:

A gente ainda vive nessa era que precisamos de políticos, aqui não é concurso, a questão salarial não é compatível, a gente recebe insalubridade só que é pouco pelos riscos que a gente corre, quando a gente vai fazer visita, não só eu, mas a equipe no geral, por estar acompanhando um paciente agressivo, que necessita de uma contenção (C3AS1).

Observe, se você trabalha 30 horas e você recebe como se tivesse trabalhado 60, não vai estar tão cansado, vai ficar mais relaxado, mas quando você trabalha 60 pra ganhar por 30, aí você se cansa e isso pode vir a interferir, logicamente, ou na sua vida profissional ou na sua vida pessoal (C3ENF2).

A valorização do profissional, acho que é o que a gente fica mais desmotivado, não se sentir valorizado. (...) A questão da hierarquia, às vezes recebemos orientações da secretaria, e às vezes a gente não concorda, acabamos fazendo porque são normas e rotinas, que às vezes não concordo, mas tem que seguir, isso me desagrada (C2ENF1).

Em conformidade com esses resultados, estudos abordam a falta de autonomia profissional como um dos principais motivos de insatisfação para o trabalhador em saúde, assim como a falta de participação nas decisões dentro do serviço, no qual o trabalhador é submetido a regras impostas verticalmente enfatizando a desvalorização profissional (BANDERA, ISHARA, ZUARD, 2007; DIAS E FUREGATO, 2016; LEAL, BANDEIRA, AZEVEDO, 2012). A atual configuração do campo da saúde mental traz novas demandas ao trabalhador e, também, o expõe a riscos dentro do seu processo de trabalho, como na realização de visitas domiciliares a pacientes em crise em áreas isoladas, sendo a falta de segurança e estabilidade devido ao vínculo empregatício, também, motivo de insatisfação (ALVES et al., 2013; BANDERA, ISHARA E ZUARD, 2007).

No que concerne aos aspectos abstratos proporcionados pelo trabalho foi citado a gratidão, o prazer, a realização pessoal e a satisfação profissional em prestar uma atenção que, além de contribuir para a melhora clínica do usuário portador de sofrimento mental, colabora também para a reinserção destes na sociedade e promovem sensação de felicidade no trabalho.

[...] A satisfação profissional, você não estudou só para trocar receita, você faz a prescrição, faz a conduta e vê um resultado (C2MED1).

[...], me sinto útil no trabalho que eu executo ali. Essa sensação de utilidade para a família, para os pacientes, para os colegas técnicos é uma coisa que me dá uma satisfação, acho que esse é o maior ganho sem dúvida (HENF1).

A gente trabalha para ter um retorno financeiro, isso claro que acontece, mas a realização de você ver que seu trabalho traz melhora para as pessoas, você consegue mudar algumas situações dos pacientes que você atende, isso é um prazer, é uma realização. [...], o salário é uma coisa importante, ninguém vive sem o salário, mas os resultados que você consegue com seus pacientes também é muito importante e é o que te leva a querer se dedicar mais (C3PSICO2).

[...], eu não trabalho só por um valor financeiro que eu vou receber, eu trabalho pelo amor do que eu faço e a minha recompensa é o meu salário mensal (C3TEC2).

É importante destacar o trabalho em equipe também como recompensa para o profissional de saúde, desta forma, o labor não deve se constituir apenas fonte de sustento, mas converter-se em prazer, oferecendo sentido à vida do trabalhador, e por fim, a consequência será o salário. Em conformidade com esse achado, Dias e Furegato (2016) e Leal, Bandeira e Azevedo (2012), encontraram ao avaliaram a satisfação dos trabalhadores de saúde mental, que os maiores índices de satisfação se referem ao bom relacionamento entre os trabalhadores, sendo o trabalho em equipe ponto de apoio e de alívio no cotidiano.

Eu tenho uma equipe legal que posso contar, isso não tem preço. Aqui não trabalhamos isoladamente, a gente não pode fazer com que o trabalho seja uma subsistência humana, o trabalho tem que me dar um prazer, porque enquanto o trabalho não me der prazer não vai ter significado algum (C2PSICO1).

Em suma, o trabalho é desenvolvido evidentemente objetivando retorno financeiro, contudo, o desempenho do trabalhador será melhor se estiver motivado e satisfeito. Nesse sentido, o significado do trabalho para os profissionais deste estudo está diretamente relacionado com a realização pessoal e profissional, sendo a satisfação, portanto, um importante fator de proteção à saúde mental do trabalhador (DIAS, FUREGATO, 2016), fato corroborado por esse estudo.

Prazer e danos no trabalho

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem proposto estudos relacionados à sobrecarga de trabalho do campo da saúde mental, com intuito de auxiliar processos de avaliação e o aprimoramento da qualidade dos serviços. Nesse contexto, no que diz respeito às consequências do trabalho em instituições psiquiátricas, o mais alto nível de impacto esteve relacionado às repercussões afetivas, demonstrando que o trabalho em saúde mental não ocorre sem uma significativa sobrecarga emocional por parte dos profissionais. (ALVES et al., 2013; LEAL, BANDEIRA, AZEVEDO, 2012).

Nesse sentido, foi encontrada na fala dos trabalhadores do hospital psiquiátrico a desorganização da RAPS como principal motivo de sofrimento no trabalho, fato que retira dos pacientes o direito de ser acolhido e acompanhado continuamente, sobrecarregando o serviço de média complexidade, aumentando a possibilidade de cronificação do sofrimento mental, provocando dificuldades no encaminhamento através da regulação dos usuários e colocando em risco a vida dos pacientes pela morosidade do processo assistencial.

[...] um paciente que chega na emergência porque precisa de uma receita, mas emergência não é pra receita, é pra emergência, mas não tem médico na cidade dele, o CAPS está fechado, e aí a gente está na ponta, [...] (HENF3).

[...]. Um paciente que foi politraumatizado por ele ser um paciente psiquiátrico encaminham pra lá, a gente faz o primeiro atendimento, tenta contato com outras unidades da rede, muitas vezes a gente não consegue encaminhar porque já está dentro de um hospital, mesmo sem especialização para aquela demanda, e a gente vê o paciente sofrendo, a gente não tem resposta da regulação ou do município de onde ele vem, isso é o que mais angustia no nosso trabalho, o que mais traz sofrimento para a equipe (HENF2).

Essa coisa do ciclo vicioso do paciente que entra nesse ciclo de internação e reinternação me causa sofrimento, eu tenho pacientes que passam dois meses no hospital, 15 dias em casa e voltam, isso aí é desgastante, [...] ele está de volta porque não houve um apoio da rede, porque há uma fragmentação no processo da rede de saúde mental, isso aí é frustrante sim (HENF1).

Lima e Guimarães (2019) destacam que a comunicação entre os componentes da RAPS ainda se apresenta como um desafio no campo da saúde mental, havendo falhas de interlocução entre os pontos de atenção e, por consequência, comprometimento do acompanhamento dos usuários com risco de retorno às práticas segregadoras que ocorriam antes da reforma psiquiátrica.

Peres et al.,(2018) reiteram a necessidade de uma melhor articulação dos serviços especializados em saúde mental com os pontos de atenção em saúde que possuem caráter de urgência e emergência definidos pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, como o SAMU, Sala de Estabilização, Unidade de Pronto Atendimento 24h, Hospitais de atenção à urgência, Pronto Socorro e a Unidades Básicas de Saúde (UBS). Esses serviços são muitas vezes inacessíveis ou inexistentes no atendimento neste campo, tornando cada vez mais distante o objetivo de fechamento dos hospitais psiquiátricos prezado pela RPB.

Em conformidade com este estudo, Lima e Guimarães (2019) ressaltam que a RAPS ainda permanece associada ao hospital, havendo uma frequente necessidade de atendimento clínico, de urgência e emergência neste serviço, diminuindo a importância dos outros dispositivos da rede, incluindo a atenção básica.

Mais uma fonte de sofrimento para a equipe e que gera grande prejuízo ao usuário se trata da persistência de uma visão centrada na doença mental que, infelizmente, ainda permanece para alguns profissionais. A mentalidade preconceituosa relacionada ao indivíduo em sofrimento mental dificulta a assistência integral e superação de ideias negativas associadas à loucura.

Muitos profissionais, os colegas não têm uma concepção biopsicossocial, holística, na hora de ver o paciente só ver o transtorno mental, então isso me causa sofrimento, angústia, na verdade são frustrações com relação a questões que podem ser resolvidas por benefício do paciente e que muitas vezes não são resolvidas por preconceito ou por uma visão limitada dos profissionais [...] (HENF3).

Ferreira e Carvalho (2017) explicam o estigma e as atitudes negativas, por vezes encontradas nos próprios profissionais de saúde, como um problema proveniente de uma formação inadequada, falta de suporte governamental e o próprio processo de trabalho, uma vez

que esses profissionais estão constantemente expostos a transtornos graves e persistentes, isto é, o contato contínuo pode desencadear generalizações negativas e pessimismo com relação ao trabalho e ao usuário.

Lima e Guimarães (2019) ainda pontuam que, especialmente na atenção hospitalar, tais discussões não ocorrem entre a equipe, havendo uma grande fragilidade na participação dos hospitais nesse processo, posto que muitas intervenções realizadas em episódios de crise reforçam o paradigma biomédico, havendo pouco investimento na educação permanente e sistematização do cuidado. São práticas desacolhedoras que, para Ferreira e Carvalho (2017), comprometem não só o tratamento psiquiátrico, mas a assistência à saúde de uma maneira geral.

Outra forma de sofrimento reiterado pelos trabalhadores é a ausência e suporte da família durante e após o processo de internamento, todavia, o que muitas vezes ocorre é mesmo o abandono familiar, em que o paciente permanece desamparado. Segundo Caldas et al., (2019), a família se apresenta como importante agente transformador na vida do usuário em sofrimento mental, logo, a conscientização da família é primordial para o enfrentamento de todo preconceito e medo que permeia a vida de um paciente nessas circunstâncias. O envolvimento familiar favorece também o vínculo de confiança com a equipe e um ideário que busca refazer o modo de se produzir saúde no campo da saúde mental.

Quando a gente não vê a implicação da família, a família é a base, então o afeto, o carinho, a atenção dessa família são imprescindível para a recuperação do paciente. Quando ligamos "venha visitar, ligue pra poder conversar", "a gente não tem tempo, todo mundo trabalha", [...] então eu acho que isso é o que entristece, um percentual de 80-90% de vínculos familiares rompidos com o paciente de saúde mental, a gente não vê aquela atenção, aquele cuidado [...] (HTEC2).

O não incluir da família no tratamento do usuário, [...] me deixa triste porque eu acho que família tem que estar presente, tem que fazer a parte deles no processo de adoecimento, de cura (C3ENF2).

A vulnerabilidade social do usuário, que devido ao risco social acaba tendo seu acompanhamento e tratamento prejudicados, também é causa de sofrimento ao trabalhador. A ineficiência das políticas sociais existentes diante das precisões, muitas vezes imediatas, dos usuários dos serviços de saúde mental, torna o trabalho inacabado. Desse modo, há sofrimento e

decepção com a possibilidade de nem sempre se alcançar bons resultados a todos os usuários ou trazer resolubilidade aos problemas, mesmo possuindo políticas públicas para tal.

Quando a gente não consegue ajudar o paciente com os meios, com as políticas públicas que a gente tem, muitas vezes ineficientes, não alcançam os pacientes da forma que deveriam. Vou te dar um exemplo do social, um paciente que nesse momento está necessitando de uma cesta básica, a gente vai encaminhar para o CRAS, aí eu ligo e eles dizem “Não tenho cesta básica hoje, só vou ter cesta básica daqui a um mês” e esse paciente está precisando disso hoje, ele não vai ficar um mês sem se alimentar, então a gente acaba ficando triste com esse déficit em relação a essas políticas públicas que deveriam suprir a necessidade desses usuários (C3AS1).

São muitas histórias tristes [...] o que me deixa mais triste dentro do trabalho é essa carência, a vulnerabilidade social, econômica, às vezes tem paciente que chega aqui sem comer, mas ele vem, o dinheiro da passagem era o dinheiro do almoço, mas ele prefere (C2ENF1).

É quando recebo um paciente onde fala que não pode vir tomar a medicação por não ter o dinheiro do transporte, isso me deixa muito triste (C2TEC1).

Atualmente o campo da saúde mental, assim como todos os campos em saúde, é impulsionado por mudanças político-econômicas do projeto neoliberal de corte público, configurando-se um desafio para famílias socialmente vulneráveis, principalmente para os que possuem parentes em sofrimento mental. Diante desta situação social, as famílias ora se enquadram como centrais nas políticas sociais, ora sofrem os efeitos perversos do capitalismo, com a desresponsabilização do Estado nas políticas sociais, agravando, em especial, os contextos familiares mais vulneráveis (GOMES E SANTOS, 2016).

De acordo com Azevedo e Figueiredo (2015), os usuários dos CAPS sofrem constantemente com perdas materiais e sociais, normalmente são usuários marginalizados que precisam lidar com a falta de emprego, moradia, família, vínculos afetivos, educação e sentidos para a vida. Culpam-se pela sua própria doença e exclusão, e nessas circunstâncias está o profissional de saúde mental que, ao adotar o paradigma psicossocial, identifica o sofrimento originado pela existência de “faltas” apoiadas em questões socioculturais.

Nesse cenário, fica evidente que todo sofrimento proveniente dos entraves e especificidades existentes nesse campo, além de prejudicar os usuários dos serviços especializados, dificultam o desenvolvimento do trabalho e podem ser estímulos para o adoecimento físico e mental. No entanto, é possível perceber, de forma indireta, nos discursos dos entrevistados que nem sempre o adoecimento é percebido pelo trabalhador, uma vez que se desenvolvem através do estresse, ansiedade, impaciência e do nervosismo no dia a dia:

O físico sempre vai trazer marcar de frustrações e de situações estressantes no trabalho, vai ter dor de cabeça, manchas pelo corpo, percebo em mim as frustrações da gente, o corpo fala, uma irritabilidade, tem situações que até dores no estômago, então somatiza (HENF3).

A questão do estresse que já é inerente, por mais que você goste, como é o meu caso, nós também temos nossas fragilidades enquanto seres humanos. Trabalhar na saúde mental significa muitas vezes passar um turno de trabalho ouvindo muita zoada, pacientes gritando [...] isso não deixa de interferir na saúde mental, traz uma sobrecarga de estresse muito grande, às vezes chego em casa à noite muito sobrecarregada, não posso ouvir uma televisão alta que já vou baixando, não posso ouvir um telefone tocar porque aquilo me causa uma certa irritação, [...]. Muitas vezes interfere no sono, [...] eu sinto que isso é pelo cansaço emocional, [...]. O processo de trabalho interfere sem dúvida (HENF1).

Em um estudo realizado por Oliveira (2019), constatou-se um elevado nível de estresse ocupacional em trabalhadores que atuam em serviços de saúde mental. Estes são serviços que exigem dos trabalhadores domínio diante das numerosas necessidades dos usuários, que, na maioria das vezes, apresentam grande dependência, requerendo do profissional maior envolvimento no trabalho, o que pode contribuir para o sentimento de sobrecarga (ISHARA; BANDEIRA; ZUARDI, 2007).

Para Leal, Bandeira e Azevedo (2012), o manejo diário e prolongado com usuários em sofrimento mental, a dificuldade em estabelecer limites nas interações com os indivíduos, e o envolvimento exagerado com o trabalho, da mesma forma, podem originar sobrecarga nos trabalhadores.

Questões que envolvem as condições de trabalho como a falta de descanso, férias suspensas recompensadas com o pagamento dos dias trabalhados foi citado como motivo de desgaste para os trabalhadores do CAPS, uma vez que o valor recebido não reabilita a saúde mental e física e sim, o oposto:

Talvez a gente não enxergue uma doença, mas você se enxerga mais estressado, impaciente e nervoso, não chega a ser uma coisa que traga tanto prejuízo, mas a gente necessita desse tempo de intervalo, as férias, isso faz falta para todos, tenho dois anos sem férias, recebemos os tempos, mas dinheiro não é saúde. [...]. [...], isso não é bom, porque é um trabalho que é cansativo mentalmente, psicologicamente, então isso aí nos desgasta (C3PSICO2).

A carga horária e jornadas de trabalho extensas são alguns dos principais fatores para a ocorrência de riscos ocupacionais, podendo gerar efeitos crônicos à saúde dos trabalhadores, queda de produtividade, desmotivação, dificuldades interpessoais, e infelicidade na esfera

pessoal. Nesse sentido, a jornada de trabalho consiste em uma dimensão importante na qualidade de emprego, refletindo na segurança e saúde do trabalhador, assim como nos aspectos pessoais e familiares (DALRI et al., 2014).

Dentre os vários quadros de agravos ocupacionais do trabalho em saúde tem-se: riscos físicos; químicos; biológicos; sociais e violências; ergonômicos e de acidentes, bem como a fatores emocionais (SILVA; ASCARI, 2015). Em particular, a Síndrome de Burnout tem sido bem descrita na literatura. Gasparino e Guirardello (2015), afirmam que a exaustão emocional é um elemento fundamental para se definir a síndrome. É a primeira reação gerada em resposta à sobrecarga de trabalho e estresse decorrente das frequentes exigências, o que pode causar o distanciamento emocional e cognitivo do profissional em relação ao seu trabalho.

Desta maneira, o trabalho não deve ser visto como neutro em relação à saúde dos trabalhadores, posto que pode ser fonte de sofrimento e/ou adoecimento para uns e de prazer para outros, funcionando como um ‘antídoto’ contra o adoecimento, apesar de todas as dificuldades encontradas em seus processos de trabalho. Segundo Glanzner e Agnes (2014), o trabalho na área da saúde não é, por si só, fator de adoecimento, mas determinadas condições de trabalho e seus contextos podem causar desgaste no trabalhador.

O prazer no trabalho, além de ser oriundo dos resultados obtidos com a assistência prestada, provém também do reconhecimento vindo do próprio paciente após a melhora do quadro, sendo este o mais importante reflexo dos resultados alcançados no trabalho:

[...], a honra e glória toda pra Deus, mas você fica gratificada enquanto profissional, vê que o paciente agradeceu por aquilo, “Dr. o medicamento que você me passou, muito obrigado, me ajudou.” (C2MED1).

Não me causa nenhum tipo de adoecimento porque eu tenho aquele prazer pelo trabalho, embora eu tenha falado que tenho essas insatisfações da estrutura, da ausência de partes da equipe, mas não causa sofrimento porque tem todo aquele contexto, a gente consegue sim apresentar algum tipo de resultado (HTEC2).

Nesse contexto, Glanzner e Agnes (2014) afirma que no âmbito do trabalho em saúde mental é necessário pensar no cuidado de quem cuida, visto que um trabalhador em sofrimento não terá capacidade de ser continente para o sofrimento do outro, repercutindo de forma negativa no cuidado em saúde. Para isso, é necessário a criação de estratégias de defesa com o intuito de combater o sofrimento no trabalho e os potenciais danos sobre a saúde mental dos profissionais de saúde.

Estratégias de enfrentamento

Ao se tratar das estratégias de enfrentamento e superação do adoecimento e sofrimento, os trabalhadores relataram buscar alternativas internas e externas ao ambiente de trabalho, sobretudo, para manter-se motivado a trabalhar. Glanzner e Agnes (2014) afirma que constantemente as estratégias de defesa são utilizadas pelos trabalhadores para reduzir a percepção da realidade que lhes causa sofrimento, desta forma, a estratégia utilizada protege no plano psicológico, mas dificulta a transformação da realidade dos serviços.

Nessa perspectiva, o trabalhador ao lançar mão de estratégias de defesa está buscando adaptação ao que lhe traz sofrimento, no entanto, quanto mais rígida for a instituição, menor a harmonização do trabalho à personalidade do trabalhador e mais negativo será o sentido do trabalho, aumentando o sofrimento. Quando há possibilidade de transformar o sofrimento em contentamento, aumenta-se a resistência do trabalhador ao risco de instabilidade psíquica e o trabalho passa a agir como um mediador para a saúde, por outro lado, quando as condições de trabalho estimulam o sofrimento no sentido patogênico, o trabalho atua como mediador da desestabilização e da fragilização da saúde (GLANZNER E AGNES, 2014).

A interação com a religião da qual fazem parte, os momentos de lazer com a família, a realização de terapia e a “desconexão” ao sair do ambiente de trabalho, de forma geral, foram mecanismos citados como distração fora do ambiente de trabalho, embora o distanciamento social esteja dificultando alguns desses recursos, no momento, tanto para entrevistados no CAPS, quanto no hospital psiquiátrico. Segundo Dias e Furegato (2016), profissionais de serviços de saúde mental são adeptos a estratégias de suporte social, buscam apoio e ajuda através de momentos com familiares, amigos e até colegas de trabalho para diminuir a sobrecarga derivada do contato constante com o sofrimento mental.

Interessante perceber que, principalmente, diante de um contexto pandêmico o qual o indivíduo encontra-se sem muitas opções de recreação devido ao distanciamento social, os “momentos pequenos” são reconhecidos pelos trabalhadores como oportunidades indispensáveis para a manutenção do seu equilíbrio físico e psíquico.

A gente tem que buscar momentos de prazer, momentos de lazer, de descanso, fazer o que você gosta, aí vêm a questão da pandemia que está causando essa dificuldade maior de você poder sair, fazer uma viagem, mas mesmo em casa você tem que procurar fazer coisas pra relaxar, [...]. O que traz melhora é fazer o que você gosta, às vezes são coisas pequenas, não é uma viagem que neste momento não pode fazer, mas

é você chegar ali, chupar um picolé com as crianças, fazer qualquer coisa pequena, brincar de bola com o filho (C3PSICO2).

Cuidar da própria saúde mental é uma estratégia importante para poder lidar com as adversidades do trabalho, porém, nem todos os profissionais possuem recursos financeiros para bancar recursos terapêuticos profissionais, de forma contínua, tampouco recebem esse auxílio do município como forma de prevenção contra possíveis transtornos mentais decorrentes do trabalho. Desse modo, parte do já restrito salário desse trabalhador termina sendo destinado a prevenir ou sanar efeitos laborais adversos, cabendo ao trabalhador todo o ônus ocupacional:

[...] eu faço terapia uma vez por semana, faço acupuntura para trabalhar a ansiedade, eu tenho me cuidado, mas quantos podem fazer isso? A gente sabe que não podem, profissional de serviço público não pode se dar ao luxo de tá podendo fazer terapia semanalmente, eu faço particular, para estar bem para poder atender bem, e trabalhar também as minhas emoções até pra poder entender a do outro (C2PSICO1).

Na verdade, é um trabalho que requer muita terapia também. Lutar com doenças mentais não é uma coisa tão fácil, é uma coisa que causa muito desgaste emocionalmente (C3PSICO2).

A satisfação e o prazer no trabalho provêm, nessas circunstâncias, do autocuidado físico e mental, visto que o atual cenário pandêmico não favorece a satisfação profissional:

Estou satisfeita porque estou satisfeita comigo, emocionalmente estou bem, e porque eu procurei mecanismos para me cuidar, psicólogo, acupuntura, aeróbica para trabalhar ansiedade, talvez eu não estivesse bem no meu trabalho, porque a gente é emoção (C2PSICO1).

A terapia individual é apontada como uma estratégia de autocuidado que facilita o manejo das demandas do cuidado em saúde mental. São necessidades que requisitam do profissional de saúde disponibilidade para acolher diariamente uma grande demanda de casos graves, quase sempre acompanhados de contextos que envolvem miséria, desestruturação familiar, desemprego, violência. Desta forma, o trabalhador está continuamente lidando com a loucura e a subjetividade dos usuários e, frequentemente, é na terapia individual que encontra o alívio da carga psíquica oriunda do processo de trabalho, funcionando com um mecanismo defensivo para tristezas e sofrimento (GLANZER; AGNES, 2014).

Outra forma de manter o equilíbrio da saúde psíquica é citada como uma técnica de "desligamento da memória" a questões relacionadas ao trabalho, além disso, foi destacada a

importância de não haver envolvimento emocional com os usuários, restringindo todos os problemas identificados apenas ao ambiente de trabalho:

Tenho um HD externo, quando saio daqui e quando saio de qualquer lugar que atendo, os pacientes ficam lá dentro da sala, eu não falo de psiquiatria, de paciente, em lugar nenhum fora do consultório, é a minha estratégia, se eu sair daqui agora, acabou, [...], não devo estar me envolvendo emocionalmente, na realidade quando você se envolve, tenta ajudar de todas as formas é ruim pra você, porque você passa a sentir a dor do paciente (C2MED1).

Eu separo, o meu trabalho é o meu trabalho, casa é casa, eu não trago problemas de casa para o trabalho e tento não levar o meu estresse do trabalho para casa, [...] (C3TEC2).

Inegavelmente, existe um grande envolvimento afetivo entre profissionais e pacientes no trabalho em saúde mental, fator que reflete na subjetividade dos profissionais e pode gerar sobrecarga emocional (LEAL, BANDEIRA, AZEVEDO, 2012). Diante disso, observa-se uma menor sobrecarga de trabalho quando os profissionais encontram estratégias para diminuí-la, dentre elas está o “evitamento”. A prática de esquecer acontecimentos estressantes, bloquear emoções, participar de atividades religiosas, esportivas e de lazer, contribuem para o alívio das tensões advindas do trabalho (DIAS, FUREGATO, 2016).

Há também alternativas de enfrentamento utilizadas dentro do próprio serviço hospitalar, em que o trabalhador busca o apoio dos setores de recursos humanos ou educação permanente para juntos adotarem táticas de combate aos fatores que causam sofrimento, havendo, portanto, por parte da organização um auxílio para a distração e minimização das dores no trabalho.

[...] dentro do próprio trabalho vou buscar o RH, o pessoal de educação permanente ou continuada, eu vou levando algumas demandas para ver se têm estratégias que a instituição pode trazer pra discutir, pra gente melhorar (HENF3).

O enfrentamento dos problemas trazidos pelo trabalho torna o trabalhador sujeito da ação, mas, por outro lado, o mantém na condição de sujeito às condições dadas pelo Estado patronal, uma vez que nenhuma das medidas adotadas vão no sentido de união a outros trabalhadores para mudar tais condições, conforme já havia sido observado por Couto (2012), com relação ao trabalho da enfermagem na Estratégia em Saúde da Família (ESF) da mesma cidade. Para ações objetivando mudanças eficientes nas causas e não apenas reparando consequências, seria necessário a mudança da consciência de classe, o que não foi observado

em nenhuma das entrevistas. O isolamento como queixa reflete um isolamento muito mais amplo: social, institucional e político.

É essencial que as instituições de saúde proporcionem estratégias para garantir o bem-estar dos trabalhadores, criando ambientes adequados e saudáveis para o desenvolvimento do trabalho, tornando-os motivados a produzirem com maior qualidade. Mas esperar que essas transformações ocorram por parte exclusiva da gestão e sem organização social é permanecer em estado de alienação. Campos (2017) aborda a alienação como um dos efeitos nocivos do capitalismo, de acordo com as obras marxista, e na contemporaneidade além de alienar também captura a subjetividade do trabalhador, deixando de ser fonte de realização e passando a causar prejuízos à saúde do trabalhador.

Quanto melhor a percepção das instituições de saúde no que diz respeito à necessidade da manutenção e da prevenção da saúde mental, melhores serão as condições de trabalho e a qualidade de vida dos trabalhadores, uma vez que estarão mais satisfeitos e realizados tanto no âmbito profissional quanto pessoal (DIAS E FUREGATO, 2016). E quanto mais consciente das limitações da ação individual para a resolução de problemas estruturais, mais força terá o trabalhador da saúde para resguardar sua própria saúde, aí incluindo a mental.

Pandemia e aumento da sobrecarga para a saúde mental dos trabalhadores

No cenário investigado, a pandemia do novo Coronavírus surgiu como um agravante para problemas já enfrentados pelos trabalhadores, tais como a estrutura física inadequada, salários defasados, falta de apoio familiar, rede desorganizada e sem apoio do governo. Nessas circunstâncias, a pandemia pode ser considerada fonte de labilidade do humor, ansiedade e estresse devido à excessiva apreensão com a contaminação entre os serviços deste estudo. A necessidade do distanciamento social que restringe algumas formas de lazer, a preocupação em transmitir o vírus para a família, juntamente com a própria assistência ao paciente psiquiátrico, que é particularmente cansativa, coloca em risco à saúde mental do próprio trabalhador, tornando o cotidiano ainda mais tenso.

Para mim foi desgastante demais, essa ansiedade, de todos, desde enfermeiros a técnico de enfermagem, do medo, do pânico, e para garantir que vão trabalhar com segurança (HENF3).

[...]. O estado emocional de nós quanto profissionais de saúde sofreu um grande abalo durante esses cinco ou quase seis meses de pandemia, nós vivemos em um estado de tensão, de medo, de ansiedade o tempo todo [...] (HENF1).

Antes eu não tinha ansiedade. Minha ansiedade veio acompanhada da pandemia (C3ENF2).

Na pandemia tem sido um pouco mais complicado porque a gente não tem saído, isso em alguns momentos tem mexido comigo, estou vivendo uma instabilidade humor muito grande, às vezes consigo controlar bem meu humor, às vezes estou com o humor mais rebaixado, tem horas que eu penso assim “poxa, estou igual aos pacientes”, [...]. Estou sempre atenta para isso, para que eu não possa até vir a desencadear outro problema mais sério (HENF1).

[...] além de todas as questões que a gente já enfrenta no trabalho em saúde mental, a falta de estrutura física, a própria assistência ao paciente que já é cansativa. A gente vive também essa tensão do covid [...] muito desgastante, foi um problema a mais e um problema grande (HENF1).

Autores apontam que, dentre as repercussões negativas advindas do contexto pandêmico vivenciado pelos trabalhadores da saúde está, principalmente, o desgaste emocional. Sentimentos como medo exacerbado, angústia, preocupação, raiva e impotência, florescem devido às incertezas do que está por vir, do medo de ser infectado e transmitir para outros, do distanciamento social (DANTAS, 2021; MIRANDA et al., 2020; MONTEIRO, et al., 2021).

Segundo Monteiro et al., (2021), os desafios da pandemia somam-se às atribuições do trabalho em saúde, que exigem dedicação exaustiva do trabalhador e podem desencadear ou intensificar sintomas de ansiedade, depressão e estresse. Especificamente para o trabalho em saúde mental, a pandemia traz para os serviços especializados aumento da demanda, que passa incluir os próprios trabalhadores, visto que também sofrem com os impactos das medidas de distanciamento social e todas as outras contingências, dúvidas e receios da pandemia.

Nessa perspectiva, o hospital psiquiátrico aderiu a estratégias de enfrentamento ao Covid-19, tanto para os pacientes, quanto para os profissionais. Foi criado um comitê de Covid-19 que adotou medidas preventivas desde a admissão dos pacientes até o seu processo de internamento. Foram garantidos equipamentos de proteção para todos os trabalhadores, monitorando os casos suspeitos, no qual o próprio hospital realizava as testagens, assim como foram criados um plano de contingência e um protocolo clínico como abordado nas falas a seguir:

O hospital está com medidas preventivas para os pacientes que chegam ficarem em um momento de observação, alguns pacientes são testados quando chegam com algum tipo de sintomatologia, então já são feitas as testagens [...] (HTEC2).

Nós fizemos os protocolos, o plano de contingência, o protocolo clínico, centro de testagem. Nós fazemos a própria coleta, fomos treinados, também faço coleta por swab. O trabalhador, independente de plano de saúde ou não, se ele é trabalhador e está com suspeita coletamos swab, o carro do hospital vai, então a gente tem uma resposta mais rápida de resultado, esse trabalhador é monitorado todos os dias, final de semana a gente se divide com a SCIH, [...] (HENF3).

Situações de pandemia produzem significativo impacto na saúde mental dos trabalhadores de saúde, visto que são situações excepcionais no século que possuem repercussões globais, surgem como uma ameaça à saúde e superlotam os serviços. Os desafios enfrentados diante de tal situação podem ser estímulo para o desenvolvimento ou aumento de sintomas de ansiedade, depressão e estresse (MONTEIRO, et al., 2021).

Conforme abordado por Monteiro et al., (2021), compete à instituição de saúde promover medidas de proteção que garantam a integridade dos trabalhadores no desenvolvimento do seu trabalho, para isso é importante conhecer os fatores condicionantes do adoecimento psíquico diante de uma pandemia, como a falta de equipamentos de proteção individual (EPI), medo de contaminação, a falta de treinamento e informações sobre a proliferação do vírus. Ao garantir condições de trabalho adequadas e apoio, não só relacionados aos recursos materiais, mas também psicossociais, é possível garantir saúde, tranquilidade, segurança e bem-estar ao trabalhador no desenvolvimento do seu trabalho.

Enfim, no que diz respeito à responsabilidade dos serviços de saúde na implementação de ações capazes de oferecer suporte e diminuir sobrecargas vivenciadas no ambiente de trabalho, são necessárias estratégias voltadas para a supervisão dos aspectos emocionais, sendo tais estratégias eficientes para orientar o profissional em como lidar com as adversidades do dia a dia, independente do contexto em que esteja, pandêmico ou não, posto que trabalhar com saúde é estar sempre exposto aos mais diversos riscos (OLIVEIRA et al., 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na análise do conjunto dos dados, foi possível conhecer as situações de adoecimento, sofrimento e superação relativas ao sujeito-trabalhador e a forma como essas situações são vivenciadas e significadas diariamente. A satisfação foi percebida neste estudo como elemento essencial para o desenvolvimento do trabalho em saúde mental, configurando-se causa, quando

a finalidade do trabalho é alcançada e consequência, quando se torna realização pessoal e profissional.

A satisfação também funciona como importante fator de proteção à saúde mental para os trabalhadores deste estudo. Tanto no hospital psiquiátrico quanto nos CAPS existem situações que provocam sofrimento, estresse e alterações de humor, principalmente após a pandemia que afetou de modo singular o processo de trabalho em saúde mental. Questões organizacionais da RAPS que deveriam envolver a reorientação assistencial com foco nos espaços de sociabilidade dos sujeitos ainda permanece como uma realidade distante e que traz sofrimento e desgaste ao o trabalhador, sendo cada vez mais utópico o fechamento do hospital psiquiátrico, já que neste estudo, ainda assume como um importante serviço de suporte para atendimento dos municípios adjacentes e do próprio município de Feira de Santana.

Além disso, a ausência da família, a vulnerabilidade social, a própria assistência ao usuário em sofrimento mental e as condições de trabalho inadequadas também são fatores que podem ser estímulos para o adoecimento físico e mental. Nesse contexto tem-se as estratégias de enfrentamento que envolvem táticas individuais, em grupo e institucionais, que devem ser aprimoradas pelos serviços a fim de supervisionar principalmente os aspectos emocionais dos trabalhadores, devido a importante sobrecarga emocional que envolve o trabalho em saúde mental.

REFERÊNCIAS

ALVES, A.P; et al. Avaliação do impacto do trabalho em profissionais de saúde mental de uma instituição psiquiátrica. Rev Min Enferm, v.17, n. 2, p. 424-428, abr/jun, 2013.

ALVES, S.R; SANTOS, R.P; YAMAGUCHI, M.U. Enfermagem em serviços de saúde mental: percepção sobre satisfação profissional e condições de trabalho. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, v. 8, e-1852, 2018.

AUGUSTO, M.M ;FREITAS, L.G ;MENDES, A.M. Vivências de prazer e sofrimento no trabalho de profissionais de uma fundação pública de pesquisa. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 34-55, abr. 2014

AZEVEDO, A.P.F; FIGUEIREDO, V.C.N. Vivências de prazer e sofrimento mental em um Centro de Atenção Psicossocial. Revista Psicologia: Organizações e Trabalho, v.15, n.1, pp . 30-42, jan-mar 2015.

BAHIA. Regiões de Saúde do Estado da Bahia. 2020. Disponível em: http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/municipioch.asp?CIDADE=291080. Acesso em: 08 agosto 2021.

BANDEIRA, M; ISHARA, S; ZUARDI, A.W. Satisfação e sobrecarga de profissionais de saúde mental: validade de construto das escalas SATIS-BR e IMPACTO-BR. J. bras.psiquiatria. v.56, n.4, 2007.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 229 p., 2011.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 9 de junho de 2001. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, DF, 26 de dezembro de 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 20 agosto 2021.

CALDAS, C.C; et al. A importância da equipe multidisciplinar nas oficinas terapêuticas em saúde mental. Revista Científica da FAMINAS, v. 14, n. 1, p. 53-60, 2019.

CAMPOS, M.R. TRABALHO, ALIENAÇÃO E ADOECIMENTO MENTAL: as metamorfoses no mundo do trabalho e seus reflexos na saúde mental dos trabalhadores. Revista de Políticas Públicas, v. 21, n. 2, pp. 797-811, 2017.

CAVALCANTE, R.B; CALIXTO, P; PINHEIRO, M.M.K. Análise de Conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. Rev. Inf. & Soc.: Est., João Pessoa, v.24, n.1, p. 13-18, jan /abr, 2014.

COELHO, T. C. B; et al. Discursos de trabalhadores da estratégia saúde da família sobre o SUS. Revista de Saúde Coletiva da UEFS , v. 5, p. 1, 2016.

COELHO, T.C.B; TELES, A.S; FERREIRA, M.P.S. Trabalhadores da Estratégia Saúde da Família como usuários de planos de saúde: pertencimentos imaginários e efeitos reais. Rev. Saúde Col. UEFS, Feira de Santana, v.6, n.1, p. 45-52, 2016.

DALRI, R.C.M.B.; et al. Carga horária de trabalho dos enfermeiros e sua relação com as reações fisiológicas do estresse. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v.22, n.6, p. 959-65, 2014.

DANTAS, E.S.O. Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19, Interface, v.25 (suppl 1), 2021.

DATASUS. Informações de Saúde. Tipos de Estabelecimentos, 2016. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabba>. Acesso em: 22 agosto 2021.

DEJOURS, C. A Loucura do Trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. 5ª Ed. São Paulo: Cortez – Oboré, 1992.

DIAS, G.C; FUREGATO, A.R.F. Impacto do trabalho e satisfação da equipe multiprofissional de um hospital psiquiátrico. Rev enferm, v. 24, n.1, UERJ, Rio de Janeiro, 2016.

FERREIRA, M.S.F; CARVALHO, M.C.A . Estigma associado ao transtorno mental: Uma breve reflexão sobre suas consequências. v.6, nº 2, p. 192-201, 2017.

GASPARINO. R.C; GUIRARDELLO. E.B; Ambiente da prática profissional e burnout em enfermeiros. Rev Rene. .v.16, n.1, p.90-6, 2015.

GLANZER, C.H; AGNES, O enfrentamento do sofrimento no trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial: Um estudo avaliativo. Revista Práxis, vol. 1, pp. 83-9, 2014.

GOMES,T.B; SANTOS, J.B.F. Dilemas e vicissitudes de famílias em situação de vulnerabilidade social no contexto da desinstitucionalização psiquiátrica, Physis, v.26, n.1, Jan-Mar 2016.

GUIMARÃES, J.M.X; JORGE, M.S.B; ASSIS M.M.A. (In) satisfação com o trabalho em saúde mental: Um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. Ciência & Saúde Coletiva, v.16, n.4, p. 2145-2154, 2011.

IBGE. Cidades. Feira de Santana: IBGE, 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/feira-de-santana.html>. Acesso em: 08 agosto 2021.

LACAZ, F.A.C. A Saúde/Adoecimento do Trabalhador em Saúde: aspectos teórico-conceituais. In: Os desafios do trabalho na Atenção Básica. Boletim do Instituto de Saúde, v.1, n.2, 2014.

LEAL, R.M.A.C; BANDEIRA, M.B; AZEVEDO, K.R.N. Avaliação da qualidade de um serviço de saúde mental na perspectiva do trabalhador: satisfação, sobrecarga e condições de trabalho dos profissionais. Psicologia: teoria e prática, v. 14, n. 1, p. 15-25, 2012.

LIMA, D.K.R.R; GUIMARÃES, J. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. Physis v.9, n.3, 2019.

MACEDO, J.Q. et al. Práticas em serviço de saúde mental: interface com a satisfação Profissional. Texto Contexto Enferm, v. 22, n.4, p. 999-1006, 2013.

MARQUEZE, E.C; MORENO, C.R.C. Satisfação no trabalho – uma breve revisão. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, v.30, n.112, p. 69-79, São Paulo, 2005.

MARTINEZ, M.C; PARAGUAY, A.I.B. Satisfação e saúde no trabalho – aspectos conceituais e metodológicos. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, v. 6, p. 59-78, 2003.

MATTOS, N.F.M.S. O processo de trabalho da enfermagem no CAPS III de Campinas a partir da clínica ampliada e compartilhada. Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional

Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. [Dissertação de Mestrado]. Campinas, SP, 2016.

MIRANDA, F.M.D. Condições de trabalho e impacto na saúde dos profissionais de enfermagem frente a Covid-19, *Cogitare enferm*, v.25, e72702, 2020.

MONTEIRO, V.C.M; et al. Trabalho em saúde e as repercussões durante a pandemia de Covid-19: Um estudo documental. *Cogitare enferm*.v. 26, e75187, 2021.

NUNES, J.V; et al. A pesquisa qualitativa apoiada por softwares de análise de dados: uma investigação a partir de exemplos. *Revista Fronteiras – estudos midiáticos*, v.19, n.2, p. 233-244, maio/agosto 2017.

OLIVEIRA, J.F; et al Satisfação profissional e sobrecarga de trabalho de enfermeiros da área de saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.24, n.7, p. 2593-2599, 2019.

PELISOLI, C; MOREIRA, A.K; KRISTENSEN, C.H. Avaliação da satisfação e do impacto da sobrecarga de trabalho em profissionais de saúde mental. *Mental*, v.5, n.9, p. 63-78, Barbacena, 2007.

PERES, G.M; et al. Limites e desafios da rede de atenção psicossocial na perspectiva dos trabalhadores de saúde mental, v.10, n.27, p.34-52, 2018.

REBOUÇAS, D., et al. O trabalho em saúde mental: Um estudo de satisfação e impacto. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 624-632, 2008.

RIBEIRO, M, S; OLIVEIRA, L.R. Terapia ocupacional e saúde mental: construindo lugares de inclusão social, v.9, n.17, Ago 2005.

SAIDEL, M.G.B. O enfermeiro psiquiátrico numa instituição estatal: estudo exploratório descritivo. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v.28, n.2, p. 200-6, 2007.

SAMPAIO, J.J.C. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, n.12, p. 4685-4694, 2011.

SANTOS, A.M. et al. Análise dos níveis de satisfação de trabalhadores de saúde mental de um hospital público de referência psiquiátrica em Belém (PA). *Rev. baiana saúde pública* ,v.35, n.4, p.813-825, 2011.

SILVA. A; ASCARI. R.A. Riscos ocupacionais da equipe de enfermagem inserida na atenção básica de saúde. *Revista UNINGÁ*. v.22, n.2, p. 16-21, 2015.

ANEXOS

ANEXO A**ROTEIRO PARA ENTREVISTA**

BLOCO I - IDENTIFICAÇÃO E TRAJETÓRIA PROFISSIONAL DO (A) ENTREVISTADO (A) (Quem é o sujeito entrevistado?)

1. Idade: ____ anos
 2. Sexo: Masculino () Feminino ()
 3. Estado Civil:
 4. Filhos: Quantos?
 5. Formação: _____
 6. Qual seu tempo de formação:
 7. Pós-graduação: Sim () Não () Qual?
-
8. Trabalhos anteriores:
 9. Função atual aqui no hospital:
 10. Tempo de experiência em unidade hospitalar:
 11. Tempo de atuação nesta unidade hospitalar:
 12. Tempo na função atual:
 13. Qual seu regime de trabalho (Servidor, CLT, Cooperado, outro)? É concursado?
 14. Carga Horária:
 15. Folga?
 16. Trabalha em outros lugares? Onde? Como?

BLOCO II – O PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

(Como se dá o processo de trabalho dos profissionais de saúde e quais as especificidades dos elementos que o constitui: sujeito, objeto, meios, espaço e finalidade?)

PERGUNTAS	INSTRUÇÃO / O QUE EU DEVO SABER
2) Descreva um dia típico de trabalho desde a hora que você acorda até a hora em que vai dormir.	Qual a sua rotina de trabalho incluindo desde o acordar até o dormir? Atentar para o tempo e forma de deslocamento.
2) Qual a finalidade de seu trabalho?	Promoção, prevenção, reparação, manutenção, coordenação, troca de conhecimentos, pesquisar.
3) Com o que você trabalha? Para quem você dirige seu trabalho?	Qual é o objeto do trabalho? Devemos investigar qual é o público para quem ele trabalha, demandas mais frequentes e características do público.
4) Que conhecimentos, técnicas, materiais e instrumentos você mais utiliza no cotidiano?	Quais são seus instrumentos de trabalho? Técnica, arte, conhecimentos, habilidades, tecnologia leve e leve-dura.
5) Como funciona o trabalho aqui ou como é organizado o trabalho aqui? Quem faz o quê?	Saber como o trabalho se organiza, divisão de tarefas.
6) Em quais espaços você desenvolve o seu trabalho?	Saber os espaços: unidade, comunidade, território, serviços, SMS, casa.
7) Como você descreveria esses espaços? E você acha que neles você corre algum risco?	Se é adequado, limpo, grande, pequeno, etc.

8) Como você divide o seu tempo ao longo de sua jornada de trabalho? Em que atividades gasta mais tempo?	Quero conhecer o ritmo do trabalho para cada atividade.
9) E qual a atividade mais desgastante?	Saber àquela que mais traz cansaço e desgaste.

BLOCO III – RESULTADOS PROJETADOS E ALCANÇADOS

(Como são as relações entre os elementos constitutivos do processo, o trabalho em si, e os resultados projetados e alcançados a partir da percepção dos sujeitos da práxis em saúde?)

1) Existem situações que dificultam o resultado positivo do seu trabalho? Quais?	Percepção de resultados ou das dificuldades enfrentadas na execução do trabalho.
3) O que facilita ou facilitaria o alcance dos resultados?	Fatores que facilitam a realização das atividades.
2) Que resultados você tem tido com seu trabalho? Corresponde ao planejado?	Quer saber o produto do trabalho Relação trabalho e resultado projetado.

BLOCO IV – CIRCUNSTÂNCIAS DE SOFRIMENTO, ADOECIMENTO E SUPERACÃO

(Quais são as situações de adoecimento, sofrimento e superação, relativas tanto ao sujeito-trabalhador, são vivenciadas e significadas, cotidianamente?)

1) O que seu trabalho significa para você?	Percepção de prazer, sofrimento, adoecimento
--	--

2) Você está satisfeito com o seu trabalho?	Percepção de prazer, sofrimento, adoecimento
3) O que te dá prazer no trabalho?	Percepção de sofrimento, adoecimento
4) O que você está considerando que seja prazer, sofrimento e/ou estresse? O que significa exatamente isto no trabalho?	Significado de prazer e sofrimento no trabalho
5) Que situações lhe causam maior sofrimento? Exemplificar.	Percepção de sofrimento, adoecimento Obs: caso negue, indagar: Não tem nenhuma situação?
6) O seu trabalho lhe causa (ou causou) algum tipo de adoecimento?	Se necessário aprofundar com a seguinte pergunta: você associa algum sintoma ao trabalho?
7) Como você enfrenta esta questão no seu trabalho (Que estratégias utiliza?)	Superação
8) O que seu trabalho lhe proporciona em termos concretos (em termos de benefícios e ganhos)?	Prazer no trabalho Analisaremos aqui as significações concretas (sustento, férias, aquisição de bens) e abstratas (realização pessoal, profissional, sonhos, fantasias, projetos)

ANEXO B – ANUÊNCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Superintendência de Atenção Integral à Saúde - SAIS

DECLARAÇÃO

Declaro, em nome da Superintendência de Atenção Integral à Saúde da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, em consonância com a Lei nº 8.080/90, Artigo 5º, inciso X, a anuência para a realização da pesquisa intitulada "Capacidade de Gestão e Cuidado à Saúde em uma Rede Hospitalar do SUS" em unidades hospitalares da Rede Própria da SESAB sob gestão direta e indireta, a qual pretende contribuir para o aperfeiçoamento das práticas de gestão em hospitais da rede SUS, sob a Coordenação da Dra. Thereza Christina Bahia Coelho, Pesquisador Responsável, Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Profa. Titular do Departamento de Saúde da UEFS.

Salvador, 22 de julho de 2014.


Gisela Santana Souza
Superintendente

ANEXO C – ANUÊNCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FEIRA DE SANTANA

	
Secretaria Municipal de Saúde Seção de Capacitação Permanente	E-mail: scp.sms@gmail.com (75) 3612-6608/Ramal 6608

Feira de Santana 04 de AGOSTO de 2020.

DA: SEÇÃO DE CAPACITAÇÃO PERMANENTE
PARA: CEP

ENCAMINHAMENTO DE COLETA DE DADOS
AUTORIZADO




Informamos que se encontra Autorizado a realização do projeto de pesquisa: "PROCESSO DE TRABALHO EM SERVIÇOS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE UM MUNICÍPIO DO NORDESTE". Tendo como Pesquisadora principal: JÉSSICA VIEIRA DOS SANTOS, sob orientação: Prof. Dra. Thereza Cristina Bahia Coelho.

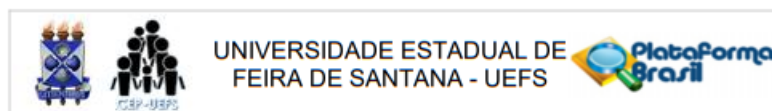
Atenciosamente,

Priscilla Soares Reis do Nascimento
Coord. Seção de Capacitação Permanente.

1

ANEXO D – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP – UEFS)

		UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA - UEFS	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP			
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA			
Título da Pesquisa: PROCESSO DE TRABALHO EM SERVIÇOS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE UM MUNICÍPIO DO NORDESTE			
Pesquisador: Jéssica Vieira dos Santos			
Área Temática:			
Versão: 4			
CAAE: 38532620.5.0000.0053			
Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana			
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio			
DADOS DO PARECER			
Número do Parecer: 4.590.470			
Apresentação do Projeto:			
As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa, anexado em 10 de fevereiro de 2021.			
Trata-se de um projeto de dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (PPGSC/UEFS) por Jéssica Vieira dos Santos, sob a orientação da profa. Thereza Christina Bahia Coelho.			
O projeto apresenta o desenho "Tipo de Estudo: Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa do tipo exploratória. Campo de Investigação: O campo de investigação será composto por dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), tipo II e III, e de uma Unidade Hospitalar Psiquiátrica, todos pertencentes à Rede de Atenção à Saúde Mental do município de Feira de Santana. O estudo não abrangerá toda a rede, que é muito ampla, por isso a escolha das unidades e serviços se utilizará os seguintes critérios: Nível de complexidade: Busca uma distribuição espacial afinada para comparar os processos de trabalho nos níveis de atenção da Rede de Atenção Psicossocial, escolhendo apenas serviços especializados em saúde mental, esse critério explica a exclusão da APS como campo deste estudo. Desse modo, na unidade hospitalar, serão estudados processos de trabalho nas seguintes unidades do serviço: Emergência; Enfermarias de média permanência			
Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA Telefone: (75) 3161-8124 E-mail: cep@uefs.br			



Continuação do Parecer: 4.590.470

metodologia do projeto, p. 32 e SUMÁRIO.

ANÁLISE: Pendência atendida.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Protocolo completo, atendendo às exigências da Resolução 466/12 e da Resolução 510/16. Foram anexados os seguintes documentos:

- 1) Folha de rosto com carimbo da responsável pela assinatura, sinalizando o cargo/função que exerce na instituição proponente;
- 2) Projeto completo;
- 3) Anuência das unidades do CAPs e do Hospital Especializado Lopes Rodrigues, Feira de Santana, Bahia;
- 4) Declaração da pesquisadora colaboradora se comprometendo em observar a Resolução 466/12 e a Resolução 510/16;
- 5) Instrumentos de coleta;
- 6) Cronograma;
- 7) Orçamento;
- 8) TCLE.

Recomendações:

Recomenda-se ajustar o período de coleta de dados para período posterior a aprovação de parecer pelo CEP/UEFS.

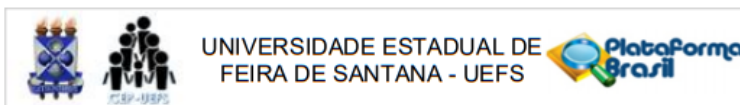
Recomenda-se também incluir no seguinte trecho do TCLE a garantia de ressarcimento: "não implicando em qualquer despesa para o Senhor (a)". Informar que caso ocorra alguma despesa o participante será ressarcido (a) (Res. 466/12 item III.2 letra q).

Recomenda-se ainda que seja assegurado no TCLE, de forma clara e afirmativa, que o participante da pesquisa receberá assistência integral e imediata, de forma gratuita, pelo tempo que for necessário, em caso de danos decorrentes da pesquisa (Resolução CNS nº 510, de 2016, Capítulo I, Art. 2º, Inciso II; e Capítulo III, Seção II, Artigo 17º, Inciso V; Resolução CNS nº 466 de 2012, item III.2 letra O).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

PROJETO APROVADO

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75) 3161-8124 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 4.590.470

Após o atendimento das pendências, o projeto está aprovado para execução, pois atende aos princípios bioéticos para pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução nº 466/12 e a Resolução nº 510/16 (CNS).

Considerações Finais a critério do CEP:

Tenho muita satisfação em informar-lhe que seu Projeto de Pesquisa satisfaz às exigências da Res. 466/12 e da Res. 510/16. Assim, seu projeto foi Aprovado, podendo ser iniciada a coleta de dados com os participantes da pesquisa conforme orienta o Cap. X.3, alínea a - Res. 466/12. Relembro que conforme institui a Res. 466/12 e a Res. 510/10, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1628430.pdf	10/02/2021 22:07:37		Aceito
Outros	OFICIOCEP.pdf	10/02/2021 21:58:52	Jéssica Vieira dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TAICAPS.pdf	10/02/2021 21:58:04	Jéssica Vieira dos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEP.pdf	10/02/2021 21:43:53	Jéssica Vieira dos Santos	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_CEP.pdf	10/02/2021 21:43:11	Jéssica Vieira dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP.pdf	10/02/2021 21:41:07	Jéssica Vieira dos Santos	Aceito
Outros	Oficio_Pendencias_Jessica.pdf	04/02/2021 14:49:44	Wânia Silveira da Rocha	Aceito
Outros	PROJETO_NA_INTERA_CEP_Jessica.pdf	04/02/2021 14:49:26	Wânia Silveira da Rocha	Aceito
Outros	TCLEE_Jessica.pdf	04/02/2021 14:49:02	Wânia Silveira da Rocha	Aceito

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8124 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 4.590.470

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FEIRA DE SANTANA, 15 de Março de 2021

Assinado por:
JEAN MARCEL OLIVEIRA ARAUJO
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8124 **E-mail:** cep@uefs.br

APÊNDICE

APÊNDICE A



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: **Processo de Trabalho em Serviços da Rede de Atenção Psicossocial de um Município do Nordeste**

Estamos convidando o Senhor (a) para participar desta pesquisa que objetiva analisar o processo de trabalho de profissionais de saúde que atuam em serviços da Rede de Atenção Psicossocial de Feira de Santana - BA, bem como, identificar as situações de adoecimento e sofrimento vivenciadas no processo de trabalho. Este estudo está sob responsabilidade da Mestranda Jéssica Vieira dos Santos. Este estudo será importante, pois possibilitará conhecer e se aproximar do processo de trabalho dos trabalhadores de saúde, a fim de propor melhorias nas condições de trabalho, reduzindo os efeitos negativos à saúde desses profissionais. Para isso o Senhor (a) precisará responder a uma entrevista, que será gravada após sua autorização, não sendo obrigatório o uso da imagem, apenas registro de voz. Este termo deverá ser assinado em duas vias, uma para o Senhor (a) e outra para a pesquisadora. Sendo a entrevista realizada à distância (Vídeo Chamada ou chamada de voz) as vias serão entregues pela pesquisadora nos serviços de pesquisa e, após assinadas, será recolhida uma das vias, não implicando em qualquer despesa para o Senhor (a). Caso se sinta incomodado (a) com alguma pergunta, não precisará respondê-la, assim como terá liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização. Asseguraremos a sua privacidade e a proteção de sua identidade, garantindo anonimato das informações para prevenir riscos à sua integridade. A manipulação dos dados se dará em ambiente confidencial e ficarão guardados por um período de cinco anos, sob responsabilidade do pesquisador, no núcleo de pesquisa. Os riscos que esta pesquisa poderá apresentar referem-se à possibilidade de que alguma pergunta venha lhe fazer recordar situações desagradáveis ou causar-lhe constrangimentos. Caso haja algum dano decorrente desta participação, a pesquisadora se responsabilizará pelo atendimento integral, imediato e gratuito, pelo tempo que for necessário, bem como o Senhor (a) terá direito a buscar indenização nas formas da lei. Os resultados da pesquisa serão apresentados nos CAPS e no HELR e poderão ser utilizados em artigos, livros, revistas, publicações e congressos, sendo garantido também aos participantes o acesso a esses resultados por cópia da dissertação em formato PDF que será enviado por e-mail. No momento em que houver necessidade de esclarecimentos de quaisquer dúvidas sobre sua participação na pesquisa durante e após responder o formulário, o (a) Senhor (a) poderá entrar em contato com as pesquisadoras, diretamente na UEFS no endereço e telefone abaixo explicitados. Dúvidas do ponto de vista ético poderão ser esclarecidas com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEFS, através do telefone (75) 3161-8124, das 13:30h às 17:30h, do e-mail: cep@uefs.br ou do endereço: Av. Transnordestina, S/N, campus da UEFS, Módulo 1, MA 17. O CEP é um grupo formado por especialistas de várias áreas e representantes da população responsáveis por avaliar e acompanhar de perto as pesquisas científicas envolvendo seres humanos. Diante disso, se o (a) Senhor (a) concordar em participar desta pesquisa, deverá assinar este termo que segue as normas da Resolução nº 466 de 2012 e Resolução no 510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde, em duas vias, ficando uma cópia do mesmo com o (a) Senhor (a).

_____, _____ de _____ de 202__.

Jéssica Vieira dos Santos
Pesquisadora Responsável

Profa Dra Thereza Christina Bahia Coelho
Orientadora

Assinatura do Participante

Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS. Av. Transnordestina, S/N. Campus da UEFS. Módulo 6.
Núcleo de Saúde Coletiva (NUSC). CEP 44031-460. Feira de Santana, Bahia. Tel: (75) 3161- 8116