

**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS  
INSTITUTO MUNICIPAL DE ENSINO SUPERIOR DE ASSIS  
Coordenadoria de Enfermagem**

**SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES DOS  
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAIS NO BRASIL E  
AS DIFICULDADES NA ASSISTÊNCIA AOS DOENTES  
COM SOFRIMENTO PSÍQUICO**

**SILVANA APARECIDA COLOGNHEZI**

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC, apresentado a  
Fundação Educacional do Município de Assis, como exigência  
para a obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Profa. Dra. Annecy Tojeiro Giordani

**ASSIS  
Novembro de 2009**

COLOGNHEZI, Silvana Aparecida.

Título: saúde mental dos trabalhadores dos centros de atenção psicossociais no Brasil e as dificuldades na assistência aos doentes com sofrimento psíquico

COLOGNHEZI, Silvana Aparecida.

Assis, 2009.

64 f.: il.; 30cm.

Orientadora: Professora Doutora Annecy Tojeiro Jordani.

Trabalho Monográfico (Curso de Enfermagem) - Fundação Educacional do Município de Assis, 2009.

1. Saúde mental. 2. CAPS. 3. Sofrimento psíquico. I. Fundação Educacional do Município de Assis.

CDD  
000.000

**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS  
INSTITUTO MUNICIPAL DE ENSINO SUPERIOR DE ASSIS  
CURSO DE ENFERMAGEM**

**SILVANA APARECIDA COLOGNHEZI**

**SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES DOS  
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAIS NO BRASIL E  
AS DIFICULDADES NA ASSISTÊNCIA AOS DOENTES  
COM SOFRIMENTO PSÍQUICO**

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC,  
apresentado a Fundação Educacional do  
Município de Assis, como exigência parcial à  
obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Professora Doutora Anecy  
Tojeiro Giordani.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Titulação Nome do Professor  
Fundação Educacional do Município de Assis

---

Prof. Titulação Nome do Professor  
Fundação Educacional do Município de Assis

---

Prof. Titulação Nome do Professor  
Fundação Educacional do Município de Assis

**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS  
INSTITUTO MUNICIPAL DE ENSINO SUPERIOR DE ASSIS  
CURSO DE ENFERMAGEM**

**SILVANA APARECIDA COLOGNHEZI**

**SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES DOS CENTROS DE  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAIS NO BRASIL E AS DIFICULDADES  
NA ASSISTÊNCIA AOS DOENTES COM SOFRIMENTO  
PSÍQUICO**

**AUTORIZAÇÃO PARA DEPÓSITO DO  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

Com base no disposto da Lei Federal nº 9.160, de 19/02/1998, AUTORIZO a Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA, sem ressarcimento dos direitos autorais, a disponibilizar na rede mundial de computadores e permitir a reprodução por meio eletrônico ou impresso do texto integral e/ou parcial da OBRA acima citada, para fins de leitura e divulgação da produção científica gerada pela Instituição.

Assis-SP, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Silvana Aparecida Colognhezi

Declaro que o presente Trabalho de Conclusão de Curso, foi submetido a todas as Normas Regimentais da Fundação Educacional do Município de Assis e, nesta data, AUTORIZO o depósito da versão final desta monografia bem como o lançamento da nota atribuída pela Banca Examinadora.

Assis-SP, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Profa. Dra. Annecy Tojeiro Giordani  
*Orientadora*

## AGRADECIMENTO

Engravidei. Um filho tardio que duvidara conceber. Uma gestação de início difícil, tal como todas as gestações, mas o entusiasmo e a dedicação persistiram e começamos a vencer os desafios que aumentavam na medida em que o tempo transcorria.

Digo “começamos a vencer”, porque uma gestação é sempre motivo de partilha e é impossível viver sozinha esse período. Portanto, agradeço a Deus pela vida, saúde, força e coragem para começar, percorrer e alcançar a reta final desse projeto de vida que eu mesma escolhi.

Agradeço aos meus pais Osório e Maria do Carmo que sempre me apoiaram e contribuíram muito para que este sonho tornasse realidade, assim como meu irmão Hélio, a Cintia e as crianças: Heitor, a tempos morando no céu; Otávio e Amanda que estiveram ao meu lado tornando minha vida mais colorida. E a Valdinéia, que sonhou e colaborou comigo durante todo tempo em que esperava pelo nascimento do meu filho.

No início do último período pensei em abortar, temi não vencer os novos desafios que surgiam. Nesse momento, entram em cena os colegas de trabalho que por algumas vezes me viram chorar e descobriram que minha força era menor do que aparentava. Agradeço a Adeline, ao Victor, a Kátia, a Livia, a Cilene, ao Cristiano, a Eliane, as Fabianas, cada um à sua maneira também participaram do processo de gestação.

A gestação está chegando ao fim. O tão esperado filho nascerá de parto doloroso diante da banca de monografia que permitirá ao final de todo processo de gestação, que eu leve para casa e para a vida o título de enfermeira.

Meu filho nasceu, mas ainda está frágil, é preciso alimentá-lo para que comece a crescer e a conquistar seu espaço na vida. Esperamos contar com aqueles que estiveram conosco desde o princípio para que estejam presentes quando ele der os primeiros passos.

Tornei-me enfermeira, a luz dos olhos da família, dos parentes, dos amigos, colegas de trabalho e de graduação, da instituição, dos professores e da orientadora Dra Anney sem os quais os desafios seriam muito maiores.

A todos muito obrigada.

# SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2. REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>12</b>
2.1 Reforma sanitária: o processo de instalação da política de saúde ao longo da história.....	12
2.2 SUS – Sistema Único de Saúde: uma realidade a todas as classes sociais .....	14
2.3 Psiquiatria: um pouco de sua história .....	17
2.4 CAPS – Centro de Atenção Psicossocial.....	21
2.5 Formação de redes CAPS – Atenção básica.....	24
2.6 A relação entre o homem, o trabalho e o cuidado .....	26
2.7 A formação do profissional de saúde para lidar com a loucura.....	31
2.8 O sofrimento causado pelo trabalho .....	36
2.9 O trabalho em saúde como potencial adoecedor .....	39
2.10 Sobre o processo de adoecimento do profissional do CAPS .....	43
2.11 A saúde do trabalhador aos olhos das Conferências Nacionais .....	50
2.12 Estratégias para lidar com o adoecimento no trabalho .....	54
<b>3. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>58</b>
<b>4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>61</b>

COLOGNHEZI, Silvana Aparecida. **Saúde mental dos trabalhadores dos centros de atenção psicossociais no Brasil e as dificuldades na assistência aos doentes com sofrimento psíquico.** Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem – Fundação Educacional do Município de Assis. 2009.

## RESUMO

Este trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica e tem como proposta apresentar o sofrimento psíquico vivenciado pelos profissionais de nível médio e superior inseridos nos Centros de Atenção Psicossociais de alguns municípios brasileiros. Tem como objetivo geral difundir conhecimentos sobre o tema e contribuir com outros trabalhos acadêmicos; e como objetivos específicos abordar a importância do cuidado com a saúde do profissional do CAPS, assim como, apontar as dificuldades vivenciadas na realização profissional; sugerir atividades que contribuam para o extravasamento das angústias e refletir sobre a formação dos profissionais de enfermagem no que diz respeito à assistência ao portador de sofrimento psíquico. Para tanto, faz-se necessário, estabelecer uma relação entre a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica onde ambas transformaram os conceitos e as ações voltadas à saúde. É importante também relatarmos a implantação de uma política única de saúde, SUS, e a criação dos Centros de Atenção Psicossocial, CAPS, este assume o papel estratégico no cuidado aos portadores de transtornos mentais. Como este cuidado se realiza através do trabalho de uma equipe multiprofissional, torna-se imprescindível relatarmos a relação do homem com o trabalho, em um momento palco de glória e *status* e em outro motivo de adoecimento pelas adversidades que ocasionalmente proporciona. O trabalho na área da saúde, especificamente na saúde mental, exige muita dedicação e envolvimento dos profissionais que por diversas vezes precisam administrar suas próprias impotências. A deficiência da formação profissional somada à falta de uma política de saúde específica para o trabalhador do CAPS, aparecem como uma das causas do sofrimento, fazendo com que o mesmo busque alternativas para a redução dos danos causados pela realização das atividades laborais.

Palavras-chave: saúde do trabalhador; saúde mental; CAPS.

COLOGNHEZI, Silvana Aparecida. Mental health workers in psychosocial care centers in Brazil and the difficulties in caring for patients with psychological distress. Conclusion of the Course of Nursing - Educational Foundation of the city of Assisi. 2009.

#### ABSTRACT

This work is a literature review and proposal to present the psychological distress experienced by mid-level and higher inserted in CAPS in some Brazilian cities. Its objective is to disseminate general knowledge about the topic and contribute to other scholarly works, and specific objectives to address the importance of health care professional in CAPS as well as point out the difficulties experienced in professional achievement, suggest activities that contribute to the extravasation of anguish and reflect on the training of nursing professionals in regard to assistance to mental patients. Therefore, it is necessary to establish a link between the Health Reform and the Psychiatric Reform which became both the concepts and actions voted to health. It is also important on the establishment of a single health policy, health services, and establishment of community mental health services, CAPS, this assumed a strategic role in the care of mental patients. How this care is realized through the work of a multidisciplinary team, it is essential we report the relation of man to work in a moment of stage glory and status and in another by reason of illness that sometimes adversity brings. The work in health, specifically in mental health, requires a lot of dedication and involvement of these professionals that repeatedly need to administer their own impotence. A training deficiency together with lack of a specific health policy for the worker in CAPS appear as one of the causes of suffering, doing the same as for alternatives to reduce the damage caused by carrying out work activities.

Keywords: occupational health; mental health; CAPS.



## 1. INTRODUÇÃO

A história nos conta que até o século XVII os loucos eram tratados como criminosos, ficavam presos longe da população e da família porque causavam medo. Acreditavam que os loucos eram possuídos pelos demônios. Por volta do século XIX, Philippe Pinel, médico precursor da psiquiatria na França, começou a reformular o tratamento dos loucos, que até então eram tratados como animais perigosos e trancafiados. Os cuidados ganharam uma forma um pouco mais humanizada, porém, os maus-tratos ainda eram evidentes.

Os anos se passaram e a tentativa de humanizar o cuidado prestado ao doente mental continuava. Porém, os resultados ainda não eram satisfatórios. Por volta de 1970, na Itália, Franco Basaglia liderou uma “revolução” no tratamento de doentes mentais que, a partir de então, passam a ser vistos como pessoas que precisam de carinho, afeto e ambiente social. A partir daí, os manicômios foram fechados um a um sendo que o primeiro localizava-se em Gorizia e, mais tarde, outro em Trieste também na Itália.

Entretanto, no Brasil, o movimento antimanicomial começa a partir de 1978 com envolvimento de trabalhadores de saúde, familiares e clientes. Em 1989 o primeiro manicômio é fechado em Santos, cidade do interior do Estado de São Paulo. Com isso os clientes precisavam de tratamento, não existia mais manicômio, mas ainda existia a loucura. Com o início da reforma psiquiátrica no Brasil surge o primeiro CAPS no centro de São Paulo. Os chamados Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) constituem um território onde circulam seres humanos conhecidos popularmente como “loucos”, doentes mentais ou pessoas com transtornos mentais que têm um jeito peculiar de viver e, por isso mesmo, nem sempre se enquadram nos padrões de “normalidade” determinados pelas sociedades ditas civilizadas. Tais serviços tornaram-se substitutivos ao modelo de atenção manicomial e, juntamente com um determinado aparato jurídico, político, ideológico e social baseado na ética da Reforma Psiquiátrica, há alguns anos, passaram a compor um novo modelo de atenção aos portadores de transtornos mentais.

A partir da mudança do modelo de atenção, os serviços CAPS passam a mediar uma série de conflitos emocionais, existenciais, crises psicóticas enfim, passam a mediar o sofrimento mental junto à sociedade e, principalmente, junto à família das pessoas que recebem diagnósticos psiquiátricos. Para tanto, o CAPS é formado por uma

equipe multiprofissional constituída por um médico psiquiatra, uma enfermeira, quatro profissionais de nível superior (normalmente psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais), um auxiliar de Enfermagem, um escriturário e um auxiliar de serviços gerais. Esses profissionais lidam diariamente com o sofrimento mental no sentido de produzir relações e dispositivos que favoreçam a resolução de problemas por parte daqueles que são atendidos nesses serviços de atenção à Saúde mental. Trata-se de um trabalho difícil e complexo que exige muita concentração, disponibilidade e profissionalismo para construir relações que prezem pela saúde não só da pessoa que se trata nos CAPS, mas também do próprio trabalhador. Na verdade, a escolha do tema deste estudo monográfico, é na verdade, fruto de vivências profissionais relacionadas a processos de sofrimento mental em CAPS.

Sendo assim, tendo em vista a complexidade inerente ao serviço prestado pela estratégia CAPS, algumas questões surgem no dia-a-dia desses profissionais, dentre elas: como os profissionais podem compor esse tipo de serviço, mantendo sua saúde mental? Quando a sobrecarga pelo sofrimento mental das pessoas atinge o trabalhador, como conseguir desvincular-se dele? Existem normas regulamentadoras de proteção para diminuir a morbidade do trabalhador que atua em CAPS? Por si só a temática nos leva a trabalhar o assunto de modo que a essas e outras questões sejam alvos do presente estudo na tentativa de conhecer mais profundamente o assunto assim como, contribuir com futuras pesquisas.

A referida pesquisa aborda, nos tópicos 2.6; 2.8 a 2.10, a importância do trabalho na vida do homem de maneira a garantir-lhe sobrevivência e *status* sem deixar de citar a existência de doenças ocupacionais nas várias áreas de ações nas quais o trabalhador se implica. Sendo verdade que na área da saúde, devido o contato com a dor e o sofrimento do outro, o profissional se expõem às condições de adoecimento mais frequentemente. A ação em saúde mental apresenta um agravante a esse processo de adoecimento, pois lida com a subjetividade do usuário, os questionamentos e sofrimento da família, assim como, seu existir no território.

No tópico 2.7 apresenta-se a formação profissional como deficiente não capacitando o trabalhador de saúde mental para atuar nessa área, contudo a experiência e a habilidade são conquistadas com a prática do serviço.

A pesquisa também aborda no tópico 2.11, a importância das Conferências Nacionais de Saúde na vida do trabalhador e do próprio usuário de saúde mental, onde esses grupos se tornaram objeto de discussão.

E por fim, no tópico 2.12, mostra-se as estratégias usadas pelos profissionais para driblarem os efeitos negativos do trabalho em suas vidas.

Portanto, como objetivo geral pretende-se com este estudo monográfico, contribuir para a ampliação do conhecimento em torno da temática central de modo a colaborar com os outros trabalhos acadêmicos e estudos de pesquisa na área de saúde mental, em especial, sobre os efeitos negativos à saúde mental do trabalhador de CAPS no Brasil. Mais especificamente, o presente estudo visa: identificar as principais dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores que atuam em Centros de Atenção Psicossocial no que concerne a sua saúde mental; salientar a importância do cuidado ao trabalhador de Centros de Atenção Psicossocial no tocante ao seu bem-estar dentro e fora do ambiente laboral e sugerir atividades aos trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial que lhes ajudem a extravasar angústias e estresses provenientes de suas atividades laborais.

Quanto à metodologia, trata-se de um estudo de revisão bibliográfica que compreendeu as seguintes etapas: levantamento, seleção, leitura e análise de referências bibliográficas especializadas e afinizadas com a temática central, tendo-se dado preferência a teses de doutorado, dissertações de mestrado, monografias, livros inteiros e capítulos, assim como artigos impressos e publicados na Internet, preferencialmente, disponibilizados em sites governamentais e a maioria, com no máximo cinco anos de publicação.

## **2. REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 Reforma sanitária: o processo de instalação da política de saúde ao longo da história**

Ao se abordar a Reforma Sanitária sob o aspecto do processo de instalação da política de saúde mental ao longo da história, é ilusão pensar que as grandes mudanças partem de hierarquias elevadas, mas sim do povo que sente na pele a desigualdade, a necessidade, o descaso e se articula no sentido de fazer a diferença, de se fazer ouvir e de revolucionar. Esse povo de posse do dito popular “a união faz a força” requer junto às autoridades os seus direitos e os direitos que lhe compete.

Acontecimentos históricos e as grandes conquistas, como a própria história da humanidade foram possíveis com muita luta e sacrifício, como a Reforma Sanitária que começou a ser gerada a partir da falta de política de saúde à população sem recursos, vítima de doenças epidemiológicas. O movimento se articulou por meio das conversações entre vizinhos, nos bares, nos salões das igrejas e na realização da política dos bairros.

Em meados do século XIX, os serviços de saúde eram precários, os indivíduos eram passivos e bem comportados. A política pública visava apenas o controle das epidemias, cada um se responsabilizava pela própria saúde.

Segundo Soares e Motta (s/d), a partir de 1900 o modelo de atenção à saúde se resumia ao controle de endemias e medidas de imunização; as pessoas eram obrigadas a se vacinarem e não havia participação da população nas questões relacionadas às políticas de saúde. Em 1923, com a Lei Elói Chaves, surge a Previdência Social no Brasil, por meio da criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP) que não atendia as necessidades de saúde dos profissionais liberais e nem dos servidores públicos de saúde. A assistência se estendia aos funcionários das empresas ferroviárias que tinham acesso aos cuidados médicos e medicamentosos a preços especiais, às aposentadorias e pensões. Os funcionários conseguiam esses benefícios por via da contribuição financeira junto à empresa.

Em 1930, a Previdência Social manifestava preocupação com os gastos. Segundo ANDRADE et al. (2007, p. 798), “a assistência médica assumiu função provisória e secundária prestada nos centros urbanos por médicos privados e a assistência hospitalar era prestada por instituições religiosas”. A população operária

passou a reivindicar o estabelecimento de leis protetoras ao trabalho. Consolidou-se a “medicina previdenciária”, beneficiando a classe de trabalhadores mais organizados com a criação do Instituto de Aposentadoria e Pensões (IPA). Durante a gestão do Presidente Vargas, as decisões relacionadas ao IPA assim como os sindicatos eram atreladas ao governo o que justificou o início da organização e mobilização dos trabalhadores.

Entre 1931 e 1960, a população começou a conscientizar-se de suas condições de vida que diante da ausência de soluções, gerou-se um impasse nas políticas de base. A elite da época passou a reivindicar reformas de base imediatas, entre as quais uma reforma sanitária mais consciente. A III Conferência Nacional de Saúde realizada em 1963 propôs a implantação da municipalização da assistência à saúde no Brasil. Em 1964, o golpe militar interrompeu a proposta da Conferência, centralizando as ações e a forma de exercer a política.

Até o ano de 1974 acontece o chamado “milagre econômico” que se caracteriza pela mudança na administração estatal, atingindo a saúde pública e a medicina previdenciária. Aconteceu a generalização do modelo de cuidados individuais, um grande crescimento da produção do trabalho médico e a construção de hospitais, laboratórios e serviços privados custeados pelo setor público.

Neste momento da história, a prevenção ficou esquecida e a ação médica era de cunho curativo e medicamentoso. Porém, a população começou a mostrar sua insatisfação ao modelo de saúde existente que atendia as pessoas que podiam pagar pelo atendimento ou empregados com carteira assinada; os demais membros da população eram assistidos por entidades filantrópicas e centros de saúde, onde era preciso madrugar para conseguir uma vaga para o atendimento. As ações de saúde pública, como a vacinação, o saneamento e o controle de epidemias, eram destinadas a população em geral, contudo, o sistema não atendia as demais necessidades preventivas da população.

De acordo com SOARES e MOTTA (s/d) depois de 1974 o chamado “milagre econômico” chegou ao fim. Pesquisas foram realizadas para provar que o sistema de saúde existente gastava mais do que recebia. O momento foi marcado pela censura à imprensa, sendo assim, muitas informações relacionadas à política de saúde da época deixaram de circular. A população voltou a se organizar em movimentos sociais, buscando a nova democracia e denunciando as políticas públicas de saúde e a atenção médico-previdenciária hegemônica. O movimento popular ganhou força da comunidade

científica, dos profissionais e dos pesquisadores que denunciavam as más condições de vida da população e propuseram alternativas para a política de saúde.

No final dos anos 70 e no início dos 80, surge o movimento sanitário, fruto das lutas populares. As faculdades de medicina criam departamentos de medicina preventiva. O movimento popular passa a questionar a qualidade dos serviços de saúde, solicitando equipamentos médicos e uma organização e gestão da política de saúde melhor definidas. A previdência cai em crise no mesmo momento em que acontece a participação e organização dos diversos níveis de trabalhadores, aumentando as críticas ao modelo de saúde existente. Em 1980, o Ministério da Saúde convocou a VII Conferência Nacional de Saúde. Em 1981, é decretada a falência do Sistema de Saúde e Previdenciário sendo admitida a necessidade de mudanças pela imprensa e ao Congresso Nacional.

Em 1986, acontece a VIII Conferência Nacional de Saúde com ampla participação popular e discussão dos princípios da Reforma Sanitária que, mais tarde, nortearam o Sistema Único de Saúde, o SUS: participação popular, descentralização, universalidade e integralidade. Em 1987, a união do movimento sanitário e a frente parlamentar ligada à saúde conseguem aprovar o texto constitucional “saúde um direito de todos e um dever do Estado”. A partir de então, começa a implantação do sistema único de saúde que conta com a participação popular por meio das Conferências de Saúde e do Conselho de Saúde.

## **2.2 SUS – Sistema Único de Saúde: uma realidade a todas as classes sociais**

Quanto ao Sistema Único de Saúde surgiu na década de 80 em meio a propostas e práticas revolucionárias no campo da saúde brasileira. Com a Reforma Sanitária e com a luta dos trabalhadores da saúde pelos direitos democráticos consolidou-se a parceria entre o público e o privado com o objetivo de estender a assistência à saúde para a grande parcela da população que não podia pagar pela saúde particular e era mal atendida pelo precário setor público.

De acordo com VASCONCELOS E PASCHE (2006, p. 531), o Sistema Único de Saúde:

Compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, e aglutina o conjunto das organizações públicas de saúde existentes nos âmbitos municipal, estadual e nacional, e ainda os serviços privados de saúde que o integram, funcionalmente para a prestação de serviços aos usuários do sistema, de forma complementar, quando contratados ou conveniados para tal fim.

O SUS visa à divisão da responsabilidade pela atenção à saúde da população nas três esferas do governo, estabelecendo com essa política a descentralização do poder. A política de saúde atual do país foi estabelecida a partir da Lei 8.080/90, segunda a qual, o SUS não é apenas um sistema de saúde assistencial, mas também articulador e promotor de ações destinadas à prevenção de doenças, além de promoção de saúde.

Atualmente, a Constituição Brasileira traz a saúde como sendo direito do cidadão e dever do estado, de maneira a fortalecer a política pública de saúde nacional. O SUS faz parte de um sistema de atenção social e juntamente com o sistema de Previdência Social e o Sistema de Assistência Social, forma o tripé da seguridade social VASCONCELOS e PASCHE (2006). O funcionamento do SUS dá-se através de seus princípios que visam englobar toda a população brasileira como beneficiária do sistema. Esses princípios são: a universalidade, a integralidade e a equidade. Por meio da universalidade, se garante a assistência à saúde a todos os cidadãos sem distinção, atendendo todas as suas necessidades, desde as vacinas até as cirurgias. A integralidade considera o processo saúde-doença que alcança a população e visa ações e serviços a fim de garantir a promoção, proteção, cura e reabilitação do indivíduo e da coletividade e, a equidade pode ser traduzida por igualdade. Porém, a prioridade do atendimento está voltada à população com maior risco de adoecimento e morte. O SUS também garante o direito à informação a respeito da saúde e dos meios geradores de doenças, cabendo essa tarefa aos profissionais de saúde e gestores.

A prática desses princípios caminha junto com a metodologia da descentralização do poder e das práticas de saúde tendo em vista o fato de que as esferas municipais possuem maior possibilidade de conhecer e erradicar um mal à saúde. Sendo assim, tornou-se competência dos governos municipais a responsabilidade pela prestação direta da maioria dos serviços. Para tanto, segundo VASCONCELOS E PASCHE (2007, p. 532) tornou-se necessário “superar a desarticulação entre os serviços e construir a coordenação das ações sob direção de um único gestor em cada espaço político-institucional.”

Na prática, a descentralização municipal isolada não atende as demandas de saúde territoriais, necessitando, pois, que se estabeleça um processo de regionalização da saúde para que haja uma melhor distribuição dos serviços assistenciais. Essa regionalização se aplica de maneira hierarquizada em quatro níveis de atenção: atenção primária que engloba as ações no nível da atenção básica, por meio da oferta de consultas médicas generalistas, entrega de medicamentos e pedido de exames de baixa tecnologia; a atenção secundária que engloba os ambulatórios de especialidade por meio da assistência médica especializada e de exames que necessitam de uma tecnologia de médio porte; a atenção terciária que engloba o atendimento hospitalar e cirúrgico com procedimentos e exames de alta tecnologia e a atenção quaternária que engloba os centros de atendimento especializados como hospitais de tratamento para câncer e problemas cardíacos.

Como o SUS advém de, dentre outros, movimentos populares, sua legislação é rica quanto à regulação da participação popular por meio da criação das Conferências e dos Conselhos de Saúde com a lei nº 8.142/90. Além disso, o SUS tem por objetivo:

Formular e complementar a política nacional de saúde destinada a promover condições de vida saudável, a prevenir riscos, doenças e agravos à saúde da população, e assegurar o acesso equitativo ao conjunto dos serviços assistenciais para garantir atenção integral à saúde. (VASCONCELOS E PASCHE, 2007, p. 538).

A saúde torna-se, pois, um direito à população por meio de um sistema abrangente de serviços e ações que se comporta como: vigilante (por meio da Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Nutricional e Ambiental), como assistencial (por meio da assistência terapêutica básica, especializada, hospitalar e medicamentosa), como promotora de saúde, preventiva de doenças, formuladora de política de sangue e derivados, reguladora de prestação de serviços conveniados, formadora de profissionais, dentre outros.

Existem ações que são comuns às três esferas do governo como: planejamentos de ações, articulação de planos de controle dos recursos financeiros, fiscalização. O SUS, após 21 anos de sua criação como lei constitucional, ainda está em processo de construção para que a saúde seja uma realidade na vida diária da população, para que as filas de espera para atendimentos especializados diminuam, para que os espaços democráticos, como as Conferências e os Conselhos de saúde funcionem, de fato, como democráticos e para que suas reivindicações sejam atendidas pelo poder público.



### 2.3 Psiquiatria: um pouco de sua história

Conhecemos um pouco da história de implantação do SUS assim como a disponibilidade de especialidades. A partir desse ponto, é importante ressaltar a atenção dispensada à saúde mental, não nos esquecendo do princípio da integralidade preconizado pelo SUS que prevê que toda pessoa é formada por um conjunto de fatores e, por isso, todo atendimento, mesmo que especializado, deve se integrar com outras especialidades para compor um atendimento integral.

Desde os primórdios da humanidade, a ausência da saúde já era percebida e, no intuito de alcançá-las, usavam-se das práticas das rezas, feitiçarias, chás e unguentos. Os hospitais nasceram no seio da religião católica com o intuito de oferecer cuidados aos necessitados, mendigos e menos favorecidos social e economicamente. A partir desse período percebe-se a relação da doença com a pobreza e o déficit socioeconômico da população.

De acordo com LANCETTI e AMARANTE (2007), os hospitais passaram a desempenhar um papel social e reformador por volta do século XVII, recebendo, além de mendigos, marginais que se aglomeravam em grande quantidade em pátios e pavilhões. Essas instituições passaram a ser reformadas no período da Revolução Francesa com o objetivo de tornar o ambiente hospitalar menos insalubre e violento e não ser tido como elemento de exclusão social. É a partir dessa revolução que surge a psiquiatria, primeira especialidade médica encabeçada por Philip Pinel considerado pai da psiquiatria<sup>1</sup>.

Pinel reformulou o espaço e a função do hospital a partir do momento em que separou os doentes dos mendigos e marginais, separando-os de acordo com os sintomas identificados por meio de um sistema de observação, descrição e classificação, nascendo assim uma nova prática chamada de clínica. LANCETTI e AMARANTE (2007). Com isso, conseguiu-se identificar e agrupar aqueles que eram tidos como loucos e que passaram a ser denominados de alienados. Isso passou a significar a falta de razão levando consigo a idéia de perigo. Daí surge a necessidade da exclusão por meio da internação.

---

<sup>1</sup> Philip Pinel foi médico francês, fundador da psiquiatria. Formou-se da Toulouse e foi professor na Faculdade de Medicina da Universidade de Paris. Realizou mudanças na assistência oferecida ao cliente com transtorno mental e, motivado pelo lema da revolução francesa “Liberdade, Igualdade e Fraternidade”, libertou os cliente das correntes. (MENEZES, 2007, s/p).

A partir desse isolamento, a psiquiatria criou um ambiente controlável para poder estudar a dita doença mental de acordo com os princípios científicos da época, ligados ao positivismo. Segundo o entendimento dos mesmos autores junto com o isolamento nasce a perspectiva de que a internação em um hospital organizado poderia contribuir com a mudança estrutural da pessoa. Surgem assim as “instituições disciplinares” que passaram a ser à base da sociedade moderna. Essas instituições eram chamadas de “reformatório de adolescentes”, “casas de correção” e “escola normal”.

Os clientes institucionalizados passaram a ser submetidos às regras e rotinas com o intuito de reorganizar seus mundos internos. Apesar dos esforços, o hospital idealizado por Pinel estava longe de ser tido como um lugar de tratamento para o louco, pois os “maus-tratos, violência e violação dos direitos humanos” estavam presentes, o que deu origem a propostas de mudanças e ao início de um processo chamado de Reforma Psiquiátrica.

Ainda segundo os autores, a primeira proposta para transformar o hospital psiquiátrico em um local verdadeiramente terapêutico ocorreu no Reino Unido por meio da experiência da “comunidade terapêutica” que pregava um projeto terapêutico comum aos médicos, enfermos, enfermeiros e demais funcionários. Em 1940, no sul da França, um enfermeiro liderou a experiência chamada de Psicoterapia Institucional que organizou o hospital em forma de cooperativa. Em tempos de guerra o hospital Saint-Alban foi usado como abrigo para intelectuais, fugitivos dos campos de batalha. Desse encontro surgiram muitas obras literárias. Os clientes começaram a participar de seus tratamentos, podiam falar e eram ouvidos. O hospital inovou a forma de tratar o louco dentro de seu espaço, sem, contudo, inseri-lo na sociedade e de volta às suas famílias.

Tanto a proposta da Comunidade Terapêutica quanto a da Psicoterapia Institucional intencionavam a criação de centros de saúde mental comunitários para a assistência a clientes egressos de internações e para aqueles em início de transtorno. Porém, o hospital continuou a ser a referência para crise. Trieste, na Itália, em 1971 foi palco de uma experiência inovadora que rompeu com os laços do paradigma psiquiátrico gerando o processo de coletivização, inserção e transformação social e o fechamento do hospital psiquiátrico, experiência liderada por Franco Basaglia<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Franco Basaglia construiu, na Itália, com um movimento para a retirada dos “loucos” dos hospitais para serem tratados em seus territórios e incentivou o rompimento com a ideologia psiquiátrica. Através desse movimento contribuiu para a construção de centros de saúde, cada um atendendo uma população de cerca de 20 a 40 mil habitantes, em período integral. (MELO, 2009, p. 33).

De acordo com LANCETTI e AMARANTE (2007), o doente mental deixou de ser visto como uma patologia e um diagnóstico, passando a ser visto como um ser humano com necessidades e direitos; com isso Basaglia colocou a doença mental entre parênteses. O tratamento deixou de ser focado na prescrição de isolamento ou da moral. Superando-se os conceitos antes existentes, nasceu uma nova proposta de tratamento psiquiátrico voltado para o sujeito necessitado de cuidados, afetos, lazer, trabalho e necessidades que não foram idealizadas pelos outros movimentos da Reforma Psiquiátrica.

Para os autores, com essa nova proposta, o indivíduo que sofria com o transtorno mental deixa de ser chamado de cliente e passa a ser conhecido como usuário porque passou a ser também um cidadão. Com isso, criaram-se cooperativas de trabalho e criaram-se as residências terapêuticas para egressos de longas internações que já haviam perdido o contato com seus familiares. Iniciaram-se projetos de natureza social e associações de familiares e usuários. Os manicômios foram fechados e substituídos pelas ações da nova proposta, o doente passou a conviver em sociedade, o trabalho dos profissionais que antes eram no nível do hospício passou a ocorrer no território no qual os usuários viviam, onde viviam suas relações sociais, de amizade, de amor, de trabalho e onde desempenhavam seus direitos sociais e políticos. Essas ações repercutiram em mudanças de ordem política em toda Itália tanto que:

[...] em 13 de maio de 1978 foi aprovada a Lei 180, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana ou Lei Basaglia. Esta é a única lei nacional em todo mundo que prescreve a extinção dos manicômios em todo território nacional e determina que sejam construídos serviços e estratégias substitutivas ao modelo manicomial. (LANCETTI e AMARANTE, 2007, p. 624).

No Brasil, o movimento social voltado aos direitos dos clientes psiquiátricos, teve início a partir de 1978 com o envolvimento de trabalhadores, clientes, familiar e sindicalista os quais passaram a denunciar maus tratos e violências ocorridas em manicômios, como crítica ao modelo hospitalocêntrico de assistência psiquiátrica. A experiência italiana inspirou a possibilidade de intervenção em grandes instituições hospitalocêntricas como, por exemplo, a Colônia Juliano Moreira que no início dos anos 80 abrigava dois mil internos. Em 1987, aconteceu, em Bauru, o II Congresso do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) onde foi adotado o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, no mesmo ano em que foi realizada a I Conferência

Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro. Segundo o Ministério da Saúde, ainda no ano de 1987, surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil - o CAPS Luiz da Rocha Cerqueira, localizado no centro de São Paulo. Em 1989 a Secretaria Municipal de Saúde interveio junto à Casa de Saúde Anchieta, hospital psiquiátrico conhecido por maus tratos e morte de clientes em Santos, cidade do interior de São Paulo. Essa intervenção teve repercussão nacional e demonstrou a possibilidade de construção de uma rede de cuidados substitutiva ao modelo hospitalocêntrico. A história da saúde mental em Santos começou a mudar com a implantação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), com funcionamento de 24 horas ao dia. São criadas cooperativas, associações e residências terapêuticas para atender a população recém-saída do hospital.

Outro passo importante da Reforma Psiquiátrica brasileira foi o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado encaminhado ao Congresso Nacional em 1989, propondo a “regulamentação dos direitos da pessoa com sofrimento mental e a extinção dos manicômios no país” de acordo com o Ministério da Saúde. Esse Projeto de Lei inspirou movimentos sociais e a partir de 1992, conseguiu-se aprovar as primeiras leis que determinam a substituição dos leitos psiquiátricos por serviços territoriais de atenção à saúde mental.

A década de 90 representou um marco importante com a expansão de serviços de atenção diária aos clientes com transtorno mental. Devido às experiências vividas com os primeiros CAPS e NAPS, entram em vigor as normas federais de regulamentação desses serviços. Tudo isto foi possível devido ao compromisso firmado pelo Brasil na Declaração de Caracas e a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental.

Conforme Ministério da Saúde, o processo de expansão de NAPS e CAPS encontra dificuldades. Mesmo com a regulamentação feita pelo próprio Ministério para os novos serviços de saúde mental, não se instituiu uma linha suficiente de financiamento para sua implementação e funcionamento e nem se pensou num mecanismo para a redução gradual de leitos psiquiátricos já que no período havia “208 CAPS, porém 93% dos recursos do Ministério da Saúde destinados à Saúde Mental ainda eram encaminhados aos hospitais psiquiátricos”.

A Lei nº 10.216 de Paulo Delgado foi sancionada em 06 de abril de 2001 e dispõe sobre os direitos das pessoas com transtorno mental, mas não instituiu mecanismos para a extinção dos manicômios. De acordo com a lei:

Artigo 1º: Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta lei, são asseguradas sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno (BRASIL, 2005, p. 49).

A referida lei garante ao portador de transtorno mental acesso ao tratamento humanizado, proteção contra abuso, sigilo nas informações, direito a médico, informação a respeito de sua doença, tratamento em ambiente terapêutico e serviços comunitários de saúde mental. A partir da Lei 10.216 e da III Conferência Nacional de Saúde Mental, a Reforma Psiquiátrica ganhou maior sustentação. Criaram-se linhas de financiamento para os serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, e também mecanismos de fiscalização de gestão e redução programática de leitos psiquiátricos.

A partir desse novo momento, a assistência comunitária em Saúde Mental se expande passando a ser atuantes em regiões tradicionais no campo da hospitalização psiquiátrica. As pessoas que passaram grande parte de suas vidas internadas foram alvo de atenção no processo de desinstitucionalização por meio do “Programa de Volta pra Casa”. Esse programa beneficia pessoas portadoras de transtornos mentais internadas em hospitais ou unidades psiquiátricas, visando a sua ressocialização.

A lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, determina o pagamento de certa quantia durante um ano, podendo ser renovado se houver indicação. O valor é pago ao cliente ou representante legal mediante convênio com instituição oficial. Para tanto é preciso que o cliente tenha permanecido internado por um período de dois anos ou mais; que ele possa viver clínica e socialmente fora da instituição hospitalar e tenha necessidade de ajuda financeira; é necessário ainda que o cliente ou seu representante legal se submeta às regras do programa. Ele tem a garantia de atendimento em saúde mental. Internações em asilos, orfanatos, albergues ou hospitais psiquiátricos particulares não conferem o direito ao benefício. O pagamento será suspenso se o beneficiário for reinternado em hospital psiquiátrico, se ele alcançar autonomia ou em caso de óbito.

#### **2.4 CAPS – Centro de Atenção Psicossocial**

Com o gradual fechamento dos leitos psiquiátricos, conquista do processo da Reforma Psiquiátrica, os clientes portadores de sofrimento mental internados por muitos anos precisavam de uma assistência ambulatorial. Para tanto houve a criação dos

Centros de Atenção Psicossocial que têm por função atuar no cuidado direto ao usuário assim como promover a formação de uma rede de serviços de saúde como as Unidades Básicas de Saúde e Programas de Saúde da Família e de outros setores da sociedade como associações de bairro, escolas, empresas, dentre outros, ou seja, promover uma rede de assistência em parceria com os dispositivos disponíveis em cada território.

O Ministério da Saúde define os CAPS como um centro de referência para tratamento de pessoas que sofrem transtornos mentais, neuroses, psicoses, cuja severidade dos sintomas justifique sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. (BRASIL, 2004).

Como o CAPS foi criado como um serviço substitutivo ao serviço do modelo hospitalocêntrico, ele cuida do usuário no sentido da reinserção social por meio de trabalho, lazer, do acesso aos direitos civis, do convívio familiar e social. Prestam atenção diária de tratamento médico, psicológico, de serviço social e medicamentoso.

Para atender a especificidade de seus usuários, os CAPS devem oferecer um ambiente estruturado e uma sede própria contando com espaço físico construído com disponibilidade de salas para consultas, oficinas terapêuticas, grupos terapêuticos, refeitório e sanitário para ambos os gêneros, além de área externa para a prática esportes. Para oferecer a devida assistência aos usuários, muitas vezes os técnicos, usam os espaços oferecidos pelo município, como quadras esportivas, o que é também a essência da formação de uma rede de inserção social para os usuários.

A demanda atendida pelo CAPS é, normalmente, encaminhada pela atenção básica e/ou ambulatoriais de saúde mental. Assim que chega, a pessoa é acolhida por uma equipe interdisciplinar para a construção de vínculos terapêuticos e de um Projeto Terapêutico Individual (PTI). Se for necessário a equipe poderá atender a pessoa em sua própria casa. Normalmente, o acolhimento é feito por dois profissionais da equipe do CAPS dos quais um passa a ser a referência do usuário e a acompanhar seu PTI de forma mais próxima, definindo e redefinindo-o, juntamente com o usuário e seus familiares, sempre avaliando as ações dispensadas. Esse profissional é conhecido como Profissional de Referência.

É o PTI que determina o período de permanência do usuário no serviço, conforme a determinação da Portaria GM 336/02, segundo a necessidade do usuário. Assim, *atendimento intensivo* é o atendimento diário do usuário que passa por um grave sofrimento mental, situações de crises que necessitam de atenção contínua; o *atendimento semi-intensivo* corresponde ao usuário que é atendido até 12 dias ao mês,

num momento em que seu sofrimento diminuiu, mas que ainda precisa de uma atenção direta dos profissionais e o *atendimento não intensivo* é o atendimento oferecido para o usuário com maior autonomia atendido até três vezes por mês.

A assistência prestada no CAPS engloba, mais especificamente: atendimentos individuais: consultas médicas, psicológicas, entrega de medicação e orientações; atendimentos em grupos: oficinas terapêuticas ou de geração de renda; grupos terapêuticos; atendimento aos familiares: visitas domiciliares, acolhimento individualizado e em grupo; atividades de ensino e lazer; atividades comunitárias: são atividades desenvolvidas em espaços fora da estrutura predial do CAPS com o objetivo de inserção social; festas, eventos, oficinas e assembléias ou reuniões de organização do serviço: são atividades em que se reúnem profissionais, usuários e familiares com o objetivo de discutir, avaliar, propor e decidir sobre o funcionamento do serviço e sugestões de forma geral.

Os CAPS atendem pessoas com transtornos mentais graves, com problemas relacionados às drogas e crianças, porém existem serviços específicos para cada uma dessas demandas, a saber: CAPS I: inserido em municípios com população de 20 a 70 mil habitantes, funciona de segunda à sexta-feira, das 8 às 18 horas e atende a população adulta com sofrimento mental grave; CAPS II – inserido em municípios com população entre 70 e 200 mil habitantes, funciona das 8 às 18 horas, podendo funcionar até às 21 horas e atende a demanda adulta com sofrimento mental grave; CAPS III – inserido em municípios com mais de 200 mil habitantes, funciona 24 horas ao dia, atende a demanda adulta com sofrimento mental grave, portando leitos para eventuais e curtas internações; CAPS i – para municípios de mais de 200 mil habitantes para o atendimento de crianças e adolescentes com sofrimento mental severo, funcionando das 8 às 18 horas, podendo funcionar até às 21 horas e o CAPS ad – para municípios com mais de 100 mil habitantes para o atendimento de pessoas com problemas com álcool e outras drogas; possui leitos para desintoxicação e pode funcionar até às 21 horas.

O Brasil, por determinação do Ministério da Saúde, os usuários que ficarem no CAPS por um período de 4 horas possuem o direito a uma refeição diária; aqueles que permanecerem por 8 horas têm o direito a duas refeições diárias e aqueles que permanecem em leitos do CAPS III têm o direito a quatro refeições diárias.

O atendimento do usuário de saúde mental requer dispensação de medicamentos. Nesse sentido “os CAPS podem organizar a rotina de distribuição de medicamentos e/ou assessorar os usuários e familiares quanto à sua aquisição, observando-se o uso

diferenciado e de acordo com o diagnóstico e com o projeto terapêutico de cada um.” (BRASIL, 2004, p. 20).

## **2.5 Formação de redes CAPS – Atenção Básica**

A Reforma Psiquiátrica e a desinstitucionalização da loucura só se torna possível com a formação de uma rede de serviços entre os CAPS e a atenção básica de saúde por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF). Com a aproximação da Saúde Mental à rede de Atenção Básica, o tratamento em saúde mental tornou-se mais efetivo. Os CAPS estabelecem parcerias com as equipes dessas unidades para darem continuidade à assistência iniciada de maneira que consigam acompanhar o usuário e recebam dele informações sobre o resultado de tratamento. Se este não estiver surtindo o efeito esperado comunicam o CAPS que pensará em uma nova estratégia.

Todavia, para que esta parceria se efetive é necessária sua construção que acontece por meio de visitas realizadas pela equipe do CAPS a essas unidades. Durante essas visitas alguns membros das duas equipes se reúnem, discutem casos e pensam em estratégias de cuidados, visando o bem-estar físico e mental do usuário; é também um momento no qual a unidade básica traz casos novos que chegam e que precisam de cuidados em saúde mental. Essa parceria fortalece ambos os serviços.

A equipe do CAPS também subsidia as unidades de atenção básica no sentido de oferecer esclarecimentos, supervisões e orientações por meio de uma metodologia chamada Apoio Matricial. A educação permanente em saúde mental é um instrumento importante para a transmissão de conhecimentos técnicos e específicos, relacionados aos distúrbios mentais que ajudam a capacitar as unidades de saúde básica na escuta ao usuário.

Desde 1994, quando a Estratégia Saúde da Família foi implantada, até os dias de hoje, vive-se um momento diferente na forma como se faz saúde. Tem-se uma equipe formada por médico generalista, enfermeiro, auxiliar de Enfermagem e agentes comunitários atuantes em determinado território, realizam visitas às famílias, conhecem os moradores pelos nomes e também são conhecidos por eles. Conhecer cada morador é mais que saber seu nome ou a que família pertence; é conhecer sua história de vida, de



trabalho, de saúde, de doença, enfim, tudo o que implica na existência desse indivíduo é de interesse da ESF.

Para conhecer é preciso chegar perto, aproximar-se, fazer um contato que coloca a equipe em um “processo de continuidade” que exige que os profissionais lidem “com o sofrimento humano, suas angústias, entusiasmo, impotência, medo [...]”. Durante esse contato direto, quase que familiar, os usuários depositam toda sua confiança e outras formas de sentimento na equipe que não consegue ser insensível. Essa relação do profissional do ESF com o usuário da Saúde Mental poderá se transformar em um peso demasiado, sendo necessária à capacitação desses profissionais pela equipe da saúde mental. Essa rede formada entre saúde mental e ESF permite que muitos problemas de origem psíquica do usuário sejam sanados no próprio território, pois a capacitação realizada pela equipe de saúde mental torna os profissionais da ESF mais tranquilos em tomar decisões relacionadas a estes usuários especiais. O vínculo que o médico e os agentes comunitários conseguem formar com o usuário facilita a continuidade do tratamento mental no território. As situações de risco, como por exemplo, as dos drogaditos são priorizadas no atendimento, bem como as crises psicóticas ou depressivas com a estratégia de prevenir “internações psiquiátricas, suicídio, homicídio, violência familiar e comunitária” (LANCETTI e AMARANTE, 2007, p. 628-630).

O cuidado com o louco é diferenciado, pois, quando se tem um cliente com sintomas clínicos como diarreia, por exemplo, pode-se orientar sobre seus hábitos de higiene, ingestão de líquidos, cuidados com frutas, verduras, estendendo esse cuidado aos familiares. Na lógica da Saúde Mental, o cliente não é avaliado única e exclusivamente quanto ao seu distúrbio, mas também por suas origens, sua história, sua vida e sua família, o que faz parte de um conjunto que pode ser considerado, em algum momento, como disparador de crises. Por isso, a família também é alvo de cuidado.

A relação entre a família e o usuário é definida com as seguintes palavras “[...] quando um cliente da família melhora, outro descompensa, os casos nunca ‘fecham’. O sintoma não se elimina, o sintoma circula” (LANCETTI e AMARANTE, 2007, p. 632).

A integração entre saúde mental em ESF tem possibilitado que clientes das duas realidades convivam juntamente, pois a busca de saúde não é algo almejado apenas por clientes com distúrbios mentais, mas também por aqueles cuja realidade clínica necessite de cuidados. Portanto, o indivíduo como um todo, seja ele portador de sofrimento mental ou não, espera que os profissionais de saúde sejam cidadãos, professores, agentes de saúde, seres humanos que se envolva com a vida que existe no

outro. Contudo, é função desses profissionais incentivarem a autonomia e o desenvolvimento do potencial de cada pessoa e, sendo assim, não se pode permitir que os clientes se acostumem a pedir e a ganhar bens e serviços, sem esforços (CAMPOS et al., 2007).

O profissional é observado, torna-se modelo para ser seguido por uns, é admirado por outros, é avaliado, criticado, consultado, enfim, ele está presente e a comunidade sabe que está. Nessa relação construída dia-a-dia, os vínculos vão sendo formados. Formar vínculos tem um lado bom e outro ruim. O lado bom é que a confiança que o usuário tem no profissional ajuda no tratamento. O lado ruim é que o profissional se envolve com o sofrimento e com a dor do usuário. Por isso, é preciso desenvolver vínculos que não aprisione nem o usuário e nem o profissional. É necessário dar asas para que os clientes voem sozinhos. A complexidade de se lidar com saúde-doença do outro pode levar o trabalhador de saúde ao desgaste, pois ele passa a vida se esquivando da morte, encontra maneiras de perpetuar a espécie e deixa, assim, sua marca no mundo. O profissional da saúde, embora lance mãos das mesmas possibilidades de deixar sua marca na história vê o processo de morte acontecendo aos poucos, até que ela chegue finalmente. Nessa ‘queda de braços’ com a morte e com a vida, gasta sua própria vida na defesa da vida do outro em troca de salário (CAMPOS et al., 2007).

A exposição do trabalhador da saúde é grande e, diante dessa realidade, é importante que sejam criados espaços onde essas angústias possam ter vazão, onde o profissional também seja objeto de cuidado, de atenção e de acolhimento. Não se pode esquecer que os recursos mais utilizados em prevenção de doenças e na promoção de saúde são os humanos. Gente cuidando de gente.

## **2.6 A relação entre o homem, o trabalho e o cuidado**

A relação entre homem, o trabalho e o cuidado é tão antiga quanto à própria humanidade. O primeiro livro da Bíblia Sagrada nos traz que depois que Adão e Eva pecaram Deus os condenou: a mulher sofreria dores de parto para dar a luz e ao homem disse ( BÍBLIA SAGRADA, 1990, p.16) “Enquanto você viver, você dela se alimentará com fadiga. A terra produzirá para você espinhos e ervas daninhas, e você comerá as ervas dos campos. Você comerá seu pão com suor do seu rosto”. O homem primitivo

não conhecia a palavra trabalho, porém, caçava para alimentar e usava de instrumentos para realização de tarefas. Nesse processo de busca contínua por instrumentos para facilitar sua vida fez armas de pedras, teceu suas vestes do couro dos animais que abatiam, inventou a roda e descobriu o fogo. A partir de então, nas comunidades primitivas, quem sabia fazer o fogo detinha o poder.

O homem era nômade, ficava em determinada região enquanto tinha alimentos (caça, pesca e frutos), depois que esses se esgotavam partiam em busca dos mesmos em outra região. Quando o homem começou a dominar o cultivo da terra passou a plantar e colher raízes e grãos e permanecer por longo tempo em um local.

Continuou o processo de evolução do homem, surgiram às indústrias. Até a primeira guerra mundial a produção se resumia às indústrias siderúrgicas, químicas, de máquinas e equipamentos sem muito crescimento. Henry Ford revolucionou a indústria em sua fábrica de automóveis, criando estratégias para o aumento da produção, onde cada funcionário desempenhava a mesma função o tempo todo. O processo de evolução industrial se estendeu, a tal ponto que hoje contamos com informática, robótica, telecomunicações e biotecnologia. A relação do homem com trabalho foi tornando-se tão íntima que a produção de bens de consumo e serviço passou a ser um desafio constantemente superado pelo mesmo. À medida que surgiram as necessidades, surgiram também as criações e inovações.

Com as guerras tivemos vários soldados feridos, os hospitais improvisados nos campos de batalhas ficaram superlotados. Os médicos tiveram muitas oportunidades para estudos e desenvolvimentos de técnicas e tratamentos. A medicina começou seu processo de evolução e dessa forma despontaram outras profissões relacionadas à construção de equipamentos médicos e desenvolvimentos de medicamentos. O trabalho faz parte da vida do homem, independente das atividades desempenhadas, ajuda no processo de organização pessoal assim como, na formação de sua identidade e subjetividade. Segundo PEREIRA et al. (2005, p. 279-80) “trabalho é qualquer esforço físico ou intelectual para realizar alguma coisa”, o trabalho humano é realizado depois de idealizado através do pensamento, tornando se assim, “um esforço orientado”, o que difere das ações realizadas pelos outros seres. O mesmo autor relata que “no sentido constitucional, o trabalho, além de ser assegurado a todos afim de que possibilite uma existência digna ao trabalhador, é obrigação social”.

É através do trabalho e do status adquirido com ele que abrimos passagem para esse mundo de consumo constante onde as pessoas são valorizadas pelo que possuem.

Segundo MARCOLAN (2007, p. 199) “o trabalho passa ser a mola propulsora de um suposto e fantasioso mundo melhor, em que há reconhecimento, valorização e aceitação”.

Por sua vez, SILVA et al. (2005) trazem o trabalho como algo importante na sociedade capitalista por ser responsável pela produção de serviços, de mercadorias e possibilitar o acúmulo de riquezas. O trabalho, porém, apresenta-se sob várias formas de execução, como a produção de bens e serviços. Entre as formas de prestação de serviço citamos a assistência à saúde como uma forma diferente de exercer o trabalho, pois o objeto do trabalho é o ser humano, que, segundo os princípios do SUS, precisa ser visto além da patologia que o faz procurar os serviços de saúde e essa assistência prestada deve ser regida pela humanização dos cuidados.

Conforme entendimento de PADILHA (2005), quando falamos em cuidado não podemos deixar de pensar na Enfermagem, e que quando falamos na Enfermagem nos vem a mente a figura de Florence Nightingale que revolucionou a arte de cuidar. Foi durante a guerra da Criméia em 1854, que Florence, uma jovem de família rica e estudada abriu mão da vida de nobre para cuidar dos feridos da guerra, saía à noite com uma lâmpada (símbolo da Enfermagem) para cuidar dos soldados. Juntamente com outras mulheres de origem religiosa organizou um hospital para quatrocentos soldados, a mortalidade caiu de quarenta para dois por cento.

Por isso, recebeu prêmio do governo inglês e com o dinheiro do prêmio fundou a primeira escola de Enfermagem no Hospital St. Thomas em Londres em vinte e quatro de junho de 1860. A Enfermagem então gerava trabalho vocacionado sem a pretensão de fazer dela uma profissão, foi Florence que fez desta vocação a profissão de Enfermagem ao mesmo tempo em que Michael Foucault reconhece o hospital como espaço de saber e conseqüentemente de poder. As irmãs de caridade deixam de dominar à medida que o profissional médico assume este papel, a ela cabe a função de cuidar dos clientes e das chaves do hospital o que representa responsabilidade e submissão.

A Enfermagem tem como função cuidar do usuário de saúde em todos os momentos de sua vida, estando ele saudável (prevenção) ou doente. No exercício dessa profissão busca-se a satisfação das necessidades de saúde do cliente, o que representa um desafio. De acordo com PEREIRA et al. (2005, p. 281), o trabalho de Enfermagem está voltado a “promoção, manutenção, e recuperação da saúde, além das ações de cunho administrativo e educativo e a participação do planejamento em saúde”. Os autores continuam a dizer que a Enfermagem é reconhecida como profissão por ser

embasada pelo conhecimento social, saber específico e ter retaguarda de uma legislação.

Com relação ao cuidar, YASSUI (2006, p. 111-12 e 115) define-o como a essência do trabalho em saúde onde os profissionais produzem o ato de cuidar. Segundo o autor, “É através do cuidado que se produz, mantém e preserva a vida humana frágil e fugaz”. O cuidar vai além de tratar as doenças, pois o indivíduo não se resume à patologia que lhe causa o sofrimento e “cuidar em saúde significa pensar em atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento com outro”. É preciso ver o doente como um ser humano e não como uma patologia que merece intervenção sendo que o ato de cuidar deve ser regido com alegria, beleza e liberdade para não sufocar e não criar a dependência do cliente ao cuidador (GIORDANI, 2008).

O cuidado não pode ser imposto, deve ser um processo de conquista que permita ao objeto de cuidado e ao cuidador uma vivência em harmonia e equilíbrio onde as relações se formam através das trocas. Segundo MIELKE (2009), o cuidado ao ser humano é um ato complexo, que exige do cuidador conhecimento, empatia e sensibilidade, é preciso tocar, sentir, escutar e auxiliar quando for necessário. A conversa é uma forma de cuidado através da qual se aliviam os medos e as ansiedades. Esse cuidado deve ser humanizado e para que isso aconteça é preciso que o cuidador se aproxime, chegue perto, se envolva no processo do cuidado estabelecendo vínculos de amizade e confiança.

Para COSTA E SILVA (2008, p. 85 e 87) “o exercício do cuidado também permeia o trabalho dos profissionais de saúde, podendo assim ser denominados de cuida-dores da saúde física e psíquica das pessoas que precisam de auxílio”. Os autores ainda o definem cuidado como “atenção, cautela, vigilância, prevenção, zelo, representando, na realidade, uma atitude de preocupação, ocupação, responsabilização, e envolvimento afetivo com o ser cuidado” e YASSUI (2006, p 132) ao falar sobre o cuidado afirma ser o “ato que se dá no encontro entre usuário com suas necessidades e o trabalhador da saúde com seu repertório e suas ferramentas”.

O ato de cuidar começa quando há intervenção no sentido de prevenir doenças e agravos à saúde, ele permanece quando o indivíduo se vê tomado por algum tipo de moléstia que chamamos de doença. Assim, para GIORDANI (2008, p. 16) “a doença não se antepõe à saúde, mas ambas possuem estreita ligação na busca da manutenção do equilíbrio entre pensamento e ação”, a autora continua dizendo que o indivíduo independentemente de suas condições da saúde/doença requer respeito e atenção.

Quando o profissional de saúde de posse de suas técnicas e habilidades consegue oferecer ao cliente o tratamento adequado e alcança, junto com ele, o ponto de equilíbrio já referido conquista sua confiança, porém, quando esse tratamento adequado é mediado pela valorização do cliente como pessoa e suas opiniões e perspectivas são consideradas a relação entre usuário/profissional torna-se mais amigável, a isso chamamos de humanização. Parece-nos ser contraditório falar em humanização na área da saúde, pois o ato de cuidar provém do ser humano que é semelhante àquele que é objeto de cuidado.

Porém, GIORDANI (2008, p. 15) resgata que muitos profissionais estão doentes e não cuidam integralmente do cliente, ultrapassam os limites da condição humana motivados por “questões materiais, necessidades financeiras, sociais, políticas, auto-estima, auto-aprovação e poder”. O homem necessita trabalhar, produzir, construir *status*, conquistar e manter as relações de amizades e interesses diversos. O cuidado é uma via através da qual o referido homem pode alcançar as condições que almeja, pois o cuidado é transformado em profissão e materializado através do trabalho.

Por sua vez, BARROS et al. (2007, p. 817) conceituam cuidado como uma “atitude não um ato, pois abrange a atenção, zelo, desvelo, ocupação, preocupação, responsabilização e desenvolvimento afetivo com o outro”. Quando o indivíduo precisa de cuidado ele está doente, debilitado físico e/ou emocionalmente o que faz com que ele necessite de uma doação e entrega maior do profissional de saúde que se sente sugado durante o trabalho e depois volta para casa para cuidar de seus próprios problemas. Esse ato de cuidar constantemente somado aos problemas particulares de cada profissional e outras condições, como falta de formação, por exemplo, configuram-se em razões para levar esse profissional ao adoecimento. Se o cliente que necessita desse cuidado for um portador de transtorno mental o desgaste do profissional é maior e a falta de formação torna-se um agravante ao adoecimento do mesmo.

A seguir, serão feitas algumas colocações que nos fazem acreditar na afirmação de que a falta de formação poderá ser considerada como um potencial adoecedor na atenção à saúde mental.

## **2.7 A formação do profissional de saúde para lidar com a loucura**

Por melhor que seja a grade curricular de um curso técnico ou superior, na área de saúde, não capacita nenhum profissional a manejar a loucura, pois a relação entre a loucura e um ser humano envolve subjetividade. E a subjetividade é uma casa, cuja fechadura só se abre por dentro, o proprietário abre a porta e faz conexão com o mundo quando quer. Como já dissemos o processo de desinstitucionalização da loucura só foi possível através da formação de rede com unidades básicas e estratégias da saúde da família, porém, estes profissionais não tiveram formação técnica para cuidar do cliente da saúde mental. Esse pouco conhecimento da realidade de vida de um público novo angustia os profissionais das UBS e ESF que manifestam a necessidade de conhecimento que os capacite a tomar decisões e a escutar os problemas do cliente mental.

LEMOS et al. (2007, p. 200) apresentam resultado da pesquisa realizada em São José do Rio Preto onde as enfermeiras da ESF se queixam da falta de capacitação para trabalharem em saúde mental e da falta de treinamento. As enfermeiras relatam também que tiveram disciplinas ligadas à saúde mental, porém sentem dificuldades no seu manejo. Colocam também que para atingirem a qualificação os profissionais deveriam ser admitidos de acordo com seu perfil. Admitem que os profissionais de saúde envolvidos em saúde mental precisam estar articulados para atenderem a necessidade desse público, mas para tanto, é preciso estar capacitado, o que “exige a produção de competências na área da saúde mental no projeto de ações básicas de saúde”.

LOBOSQUE (2003, p. 174) coloca que durante a graduação questões realizadas à saúde pública e a saúde mental são deixadas de lado, não dispensam atenção ao tratamento mental grave e que os hospitais psiquiátricos ainda são tidos como escola de psicopatologia onde os universitários observam os clientes através das grades. O trabalhador de saúde mental não recebe formação adequada para entrar em contato com essa realidade. Essa falta de formação atinge também os profissionais de nível médio que são orientados a vigiar e não a cuidar, zelar mais pelas regras que pela saúde. Nos cursos de pós-graduação muitas vezes o docente não tem experiência daquilo que transmite formando assim, futuros professores com mesmo nível de conhecimento. Esse déficit de conhecimento não será compensado incluindo novas disciplinas no currículo, mas sim, buscando saber a partir das disciplinas de saúde pública e saúde mental, através de um maior comprometimento social da própria escola ou

universidade. A autora coloca ainda, que a aprendizagem não se restringe aos bancos da escola, mas no fazer, no agir, e que não se pode adiar o começo do cuidado alegando falta de preparo para atender o usuário em crise. É no envolvimento e na prática diária de contato e de escuta que os profissionais se preparam para acolher a crise da loucura. É assim, lançando-se no cuidado que se adquire amadurecimento profissional, e analisando erros e acertos das ações realizadas é que se atinge a experiência.

A formação que não é alcançada nos bancos das escolas acontece no dia a dia de maneira natural, para tanto, é preciso empenho e dedicação. Com relação à contratação do profissional que atuará no trabalho da saúde mental, a mesma autora relata que as formas de admissão não são as ideais. Os concursos públicos são raros e o conteúdo bibliográfico exigido para avaliação não seleciona adequadamente os profissionais. Além da forma de contratação não ser a ideal existe a prestação de serviços terceirizados o que põe a perder o trabalho já iniciado.

O ideal seria a admissão por critérios justos, concurso público bem formulado, plano de carreira e salário adequado de maneira a estabelecer a dignidade do trabalhador. A relação com usuário da saúde mental incomoda os profissionais das unidades de saúde que precisam entrar em contato com esta realidade e se sentem incapazes de exercer a assistência esperada pelo usuário.

SILVA et al. (2005) realizaram pesquisa em João Pessoa, cidade localizada no Estado da Paraíba, com os profissionais da Saúde e mostraram que para que a saúde mental seja contemplada é necessário que haja a realização de educação permanente para capacitá-los ao serviço. A equipe de profissionais pesquisada coloca que há dificuldades e falta de preparos para lidar com as questões psiquiátricas e que a saúde mental é uma área muito específica.

Outra pesquisa realizada em CAPS II, na cidade de São Carlos, no interior do Estado de São Paulo, mostra que para que haja inclusão social do portador do transtorno mental é necessário investimento nos recursos humanos no que diz respeito a sua formação profissional. Os profissionais entrevistados revelaram dificuldades no cotidiano do serviço devido à ausência de formação em saúde mental, necessitando de maiores conhecimentos referentes ao aspecto clínico e às questões psicossociais que os capacitem a atuar nesse processo de inclusão social. É preciso formação e aperfeiçoamento.

Para LEÃO e BARROS (2008), o número insuficiente de funcionários para atuar na saúde mental faz com que sejam incluídos na assistência outros profissionais



para realização de oficinas, visitas domiciliares, abordagem com as famílias e resolução de situações jurídicas.

Usuário de saúde mental advindo de longos anos de internação psiquiátrica traz consigo as marcas da exclusão, muitos não conseguem se inserir de fato na comunidade, não tem acessos às informações, ao lazer, ao trabalho e sentem o preconceito existente nas pessoas que encontram por onde circulam. O manicômio continua presente dentro dele e para que a desinstitucionalização realmente aconteça o usuário precisa contar com a rede de saúde formada para recebê-lo. Essa rede é constituída por diversas categorias profissionais formando uma equipe multiprofissional, entre elas encontramos o agente comunitário que atua no PSF.

Esse profissional não teve formação para conviver com cliente da saúde mental, entretanto, ele é quem vai até a sua casa, ouve suas queixas, oferece assistência e reporta o caso à equipe. Essa realidade mereceu estudo mais aprofundado, pesquisa realizada no interior de São Paulo, revela que a assistência à saúde mental é um desafio que a equipe, sobretudo, os agentes comunitários devem estar preparados para lidar com esse tipo de sofrimento e cuidar das dificuldades sentidas e superá-las.

BARBIERE et al. (2007, p. 271) apontam que o resultado dos estudos realizados “ficou evidente a necessidade permanente de investimentos nos recursos humanos, promovendo o desenvolvimento de habilidades para lidar com questões relacionadas à afetividade, à subjetividade, aos vínculos para converter em realidade a desejada e efetiva assistência à saúde”. Uma das propostas do trabalho dos CAPS é a descentralização do saber do profissional médico, que em outros modelos de assistência concentra as informações e resolutividades dos casos cabendo aos demais profissionais cumprirem suas determinações. Para tanto, é preciso que os demais membros da equipe se interessem dos casos e dos procedimentos que precisam ser realizados, sendo de profunda importância a capacitação desses profissionais.

OLIVEIRA (2006) coloca que os profissionais do CAPS precisam ter conhecimento técnico, capacidade, competência e a coragem de ajudar os usuários em seus conflitos. Essa equipe da qual o CAPS é constituída não recebe formação específica para atuar nos conflitos trazidos pelos usuários dos serviços; essa formação se dá com a prática no exercício da função, entre erros e acertos. As equipes que constituem as unidades básicas requerem capacitação para atender o usuário de saúde mental em suas diversas necessidades, essa capacitação é oferecida às equipes através da estratégia denominada apoio matricial realizada pelos profissionais dos CAPS. Os

profissionais do CAPS, por sua vez, recebem esse apoio através de supervisão institucional coordenada por um profissional que não faz parte da equipe e por não estar envolvido com a mesma tem outra visão dos problemas enfrentados seja de origem administrativa, organização do trabalho ou estudo de caso.

A falta de formação técnica dos profissionais de saúde mental é citada como empecilho à produção de saúde ao portador do transtorno mental, assim como, a produção de saúde do próprio trabalhador FERRER apud CAMPOS (2005), pois o trabalhador que não se sente seguro para desempenhar sua função acumula angústia e sofrimento na expectativa do atendimento do usuário em crise. Ainda, segundo FERRER (2007), o profissional de saúde mental que não tem boa formação está sujeito a um sofrimento maior que aquele trabalhador que possui uma melhor formação.

Uma boa formação é essencial para a atuação em saúde mental, pois a arma que cada profissional têm para lutar nesse campo é o conhecimento que possui e a experiência que adquiriu. Até que esse conhecimento e experiência sejam conquistados o trabalhador, quando chega a sua casa, vive a angústia pelo retorno ao trabalho no dia seguinte.

FERRER (2007, p. 58) afirma que “a capacitação e a formação profissional são importantes embora em qualquer forma de atuação seja possível inventar formas de ajudas antes não pensadas”, e continua dizendo, que o acúmulo de experiência e reflexão ajudará a continuar o trabalho. Trabalho realizado em um CAPS de Campinas relata a fala de um funcionário que expressa o trabalho na saúde mental como sendo muito tenso e muito perto da loucura, e que é fundamental a existência do cuidado a esse profissional no que se refere à gestão, capacitação e supervisão. A autora continua relatando a posição de outro grupo de entrevistados que solicitam a educação continuada, capacitação e grupos de estudos para auxiliar no trabalho de saúde mental.

A falta de capacitação é apontada em vários artigos como sendo um dificultador para atenção à saúde mental. Pesquisa realizada sobre a saúde mental dos trabalhadores do CAPS de Goiana apontou para essa direção. Segundo COSTA e SILVA:

“a carência do conhecimento de novas práticas instituídas no campo da saúde mental é dividido aos cursos de formação/graduação, que em sua maioria, estão voltados para o modelo biológico e medicamentoso, e não atualizam as novas formas de atenção à saúde”. ( COSTA e SILVA, 2008, p. 101).

Os autores continuam dizendo que as instituições de ensino estão desatualizadas com relação às perspectivas da saúde mental devendo incluir disciplinas

ligadas a esse tema em seu currículo. Os autores apontam que a falta de formação interfere nas relações interpessoais na equipe, pois aqueles funcionários que têm menos preparo sentem-se inseguros e acuados. Os profissionais colocam que a capacitação e qualificação continuada ajudam na formação técnica para a atuação em saúde mental, pois, disponibiliza acesso à informação repercutindo no relacionamento interpessoal com a equipe, assim como na atuação profissional.

Como vemos a falta de formação dos profissionais da saúde mental foi colocada como um dos problemas das equipes que atuam nessa área. BRASIL (2005) admite que um dos desafios para consolidação da Reforma Psiquiátrica é a formação dos recursos humanos. O processo da reforma exige formação técnica e teórica dos trabalhadores, que muitas vezes sentem-se desmotivados pelos baixos salários e contratos precários de trabalho. Tentando sanar esse problema, desde 2002, o Ministério da Saúde desenvolve o Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para Reforma Psiquiátrica, onde apóia, incentiva e financia núcleo de formação e saúde mental através de convênios junto às universidades. O Ministério criou uma secretaria própria para responsabilizar-se pela qualidade e quantidade dos recursos humanos para o SUS através da Secretaria Nacional de Gestão do Trabalho em Saúde (SGESTES). Hoje existem vinte e um núcleos regionais em funcionamento realizando cursos de especialização e atualização para os trabalhadores da atenção básica e dos CAPS, beneficiando profissionais de quinze estados.

Segundo COSTA e SILVA (2008), atualmente viceja uma política pública voltada a valorização do trabalhador de saúde mental com relação ao ato de cuidar, e trazem os resultados da III Conferência Nacional de Saúde Mental de 2001 onde são garantidos aos profissionais de saúde mental alguns programas estratégicos, entre eles a capacitação, a qualificação continuada e a supervisão clínica e institucional. Essas estratégias, se implantadas ajudarão a sanar a deficiência de formação vivida pelos profissionais de saúde mental e conseqüentemente pela equipe de saúde que atua na assistência diária ao portador de transtornos mentais.

Como já dissemos, a falta de capacitação é um entrave à assistência ao portador de transtornos mentais, mas, por outro lado, é preciso que o profissional também busque este conhecimento e se envolva com os princípios da reforma psiquiátrica.

Por sua vez, BICHAFF (2006) coloca os resultados de sua pesquisa realizada no CAPS Prof. Luis da Rocha Cerqueira, primeiro CAPS implantado no país, cujos profissionais entrevistados apontam o trabalho no CAPS como responsável pelo

aumento de conhecimento e saberes, mas que a formação e o perfil do profissional são fundamentais para realização de um trabalho adequado e que os concursos públicos avaliam apenas o conhecimento teórico do candidato, não oferecendo condições para avaliação do seu perfil.

## **2.8 O sofrimento causado pelo trabalho**

O trabalho é um meio pelo qual o homem conquista bens materiais, status, cria relações sociais, interage com segmentos da sociedade e faz circular os bens de consumo. Todavia, o trabalho pode ser a causa de um adoecimento. A exigência física e mental dos trabalhadores é um fator de desgaste para o profissional. Quando o profissional torna-se crítico e reivindica melhores condições para exercer sua função, ele percebe que o desemprego é uma situação crescente o que faz com que ele se conforme com a situação e se mantenha no trabalho sob as mesmas condições. O desemprego crescente promove também o sofrimento e a desvalorização, fazendo com que o profissional se sinta um objeto descartável e vulnerável ao sofrimento mental.

De acordo com MARCOLAN (2007, p 200) “hoje a luta é manter-se empregado, independente das condições de trabalho, da valorização do trabalhador pelo que faz, da ocorrência do abuso e violação dos direitos, ou ainda, da possibilidade de o trabalho ocasionar adoecimento”.

Além do desemprego, existem outras situações que podem causar o adoecimento profissional, entre elas o baixo salário, as relações interpessoais com a equipe de trabalho e as próprias condições de trabalho. Os fatores potencialmente adoecedores na relação do homem com o trabalho, com as pessoas, com o ambiente, com sua própria história são citados de maneira abrangente por MARCOLAN (2007, p. 203):

[...] a carga horária do trabalho; os salários baixos e insuficiente para a manutenção das necessidades do indivíduo e de sua família; o risco de desemprego; as condições de moradia e higiene do trabalhador; o esgotamento físico; os acidentes de trabalho; o ambiente ocupacional perigoso devido aos fatores físicos, químicos, biológicos, de higiene, de segurança e as características ergonômicas do posto de trabalho; a divisão do trabalho; o conteúdo da tarefa; o sistema hierárquico; as relações de poder e as modalidades de comando; e as questões de responsabilidade.

Além desses fatores, o estresse ocupacional vem se despontando como causa do sofrimento do trabalhador, gerado por causa da relação do homem com o trabalho; o estresse desencadeia transtornos como as doenças psicossomáticas, doenças mentais e síndrome de Burnout. O estresse surge da incapacidade do trabalhador de lidar com as dificuldades relacionadas ao trabalho. Ele pode ser bom ou ruim e, segundo REIKDAL e MAFTUM (2006, p. 928) “o estresse pode afetar de forma positiva ou negativa a saúde mental do ser humano, podendo desgastá-lo, no caso de distress e sentir prazer (eutress) ao ver um trabalho concluído, ao ter bom desempenho profissional ou ao realizar um esporte”.

MARCOLAN (2007, p. 204) concorda quando diz que o estresse “pode também ser positivo, quando o indivíduo se sente capacitado a superar a demanda”. Porém, não é comum ouvir as pessoas se referirem ao estresse como algo estimulante, mas sim como algo ruim, pois ele influencia nas relações profissionais, interpessoais e individuais da pessoa; interfere na saúde física, psicológica, emocional e na resposta intelectual. Ainda, o autor coloca que o estresse desenvolve-se em três fases: a fase de alarme, em que o indivíduo responde ao agente agressor; a fase de resistência, na qual se mantém as respostas ao estressor até que este seja controlado; a fase de exaustão, quando há perda do equilíbrio e o organismo não consegue combater o estressor. O estresse provoca sintomas físicos e emocionais, dentre os quais se encontram:

cansaço constante, irritabilidade, dificuldade de concentração, perda de memória, perda ou excesso de apetite, insônia ou sono exagerado, fobias, desmotivação, perda da criatividade, perda de interesse sexual, problemas gastrointestinais, dores nas costas constantes, dores de cabeça, vulnerabilidade (diminuição das defesas do organismo ou psíquicas). (REIKDAL e MAFTUM, 2006, p. 927).

Os sinais e sintomas provocados pelo estresse são variados e se manifestam por meio dos sistemas cardiopulmonar e digestório, por meio de distúrbios alimentares, dor lombar, cefaléia tensional, enxaquecas, hipotireoidismo, diabetes, tensão pré-menstrual, transtornos mentais e imunológicos. Assim, outra doença que atinge a população é a depressão, tida como o grande mal do século ou grande mal da vida moderna. Causa grandes perdas econômicas por gerar incapacidade e improdutividade nos indivíduos. A Síndrome de Burnout é um distúrbio ocasionado pelo estresse no trabalho, principalmente nos profissionais que atuam ajudando e cuidando de outras pessoas, como é o caso dos profissionais de saúde. Causa exaustão emocional, degradação da

própria competência e despersonalização que promove atitudes negativas e despreocupação com o trabalho. Para MARCOLAN (2007), as consequências dessa síndrome são os transtornos psicossomáticos, dificuldade nas relações, insatisfação com o trabalho e absenteísmo. REIS (2008, s/p.) afirma ser a Síndrome de Burnout:

produto de uma interação negativa entre o local, a equipe de trabalho e os clientes que resulta em diversos estados sucessivos que ocorrem em um tempo e representam uma forma de adaptação às fontes de estresse. Geram distúrbios do sono, fadiga, ansiedade, agressividade, perversidade, dificuldade de concentração, medo, tensão nervosa, hostilidade e alcoolismo e drogas (lícitas e ilícitas).

Estudos revelam que 50% dos casos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais são de origem psicossomática, ou seja, os sintomas são causados por fatores emocionais. Os clientes procuram o médico por causa de problemas físicos como o vômito, a diarreia ou a anorexia.

SADOCK et al (2007, p. 894 e 953) relata que a “hostilidade, depressão e ansiedade estão em algum grau na raiz da maioria dos transtornos psicossomáticos.” O cliente, por sua vez, não se queixa de ansiedade, depressão ou tensão. Todos os trabalhadores estão sujeitos a desenvolverem problemas de saúde, de origem emocional, relacionados à ocupação profissional. O mesmo autor denomina os problemas com o trabalho de problemas ocupacionais e diz que “os sintomas práticos de insatisfação no emprego são: erros no trabalho, propensão a acidentes, absenteísmo e sabotagem”. Os sintomas psiquiátricos incluem insegurança, auto-estima reduzida, raiva e ressentimento por ter que trabalhar. O autor continua relatando que, ao longo da vida profissional, o trabalhador enfrenta problemas ocupacionais por diferentes causas como ser contratado em época de promoção, os períodos de desemprego e a aposentadoria. A doença ocupacional pode ser gerada pela organização do trabalho, pelas relações interpessoais e por problemas familiares. O estresse no trabalho, segundo o mesmo auto, é responsável por cerca de 15% das alegações de incapacidade ocupacional. Esses problemas são gerados quando há “redução de pessoal, fusões e aquisições, sobrecarga de trabalho e tensões físicas crônicas, incluindo ruído, temperatura e ferimento, bem como tensão devido ao trabalho de computador.”

A família mudou de cara; hoje é necessário que a mulher deixe a casa e ingresse no mercado de trabalho para sustentar e/ou para ajudar economicamente na manutenção da casa. Para conquistar um trabalho, a mulher precisa vencer obstáculos como a falta

de experiência e habilidade. A idade é um fator agravante, pois, ou ela é jovem demais e não tem experiência ou é velha demais, passou parte da vida cuidando da casa, do marido e dos filhos e não tem facilidade para começar uma vida profissional. Essas situações por si só já são estressantes e podem causar depressão. Quando a mulher ingressa no mercado de trabalho, precisa se preparar para uma jornada dupla, pois ao chegar a casa terá que organizá-la, assistir a família e se preparar para o dia seguinte.

Os fatores relatados estão presentes na vida da maioria das mulheres que assumem uma vida profissional e que atuam como estressores, podendo levar ao adoecimento. A partir dos números que indicam que a mulher apresenta-se em número maior em relação aos homens e que o mercado de trabalho vem sendo tomado pelas mulheres, percebe-se um problema social que reflete na produção e na economia da empresa uma vez que a mulher adoece e deixa de ser considerada como membro da equipe. O afastamento do trabalho ou a aposentadoria por invalidez pode ser a solução, porém, é preciso que ela se prepare para aposentar-se, pois a incapacidade da profissional gera conflitos, principalmente quando interfere no status e na renda familiar.

SADOCK et al (2007) apresenta pesquisas com resultados diferentes onde alguns pesquisadores relatam que a mulher se ajusta mais rápido à aposentadoria; outros pesquisadores, no entanto, pensam que, este momento, para elas causa mais sofrimento que aos homens, pois elas enfrentam períodos mais longos de aposentadoria devido a sua maior expectativa de vida, tendo maior probabilidade de ficarem viúvas e serem mais pobres por terem rendas menores do que a dos homens.

Portanto, vê-se que são vários os problemas relacionados ao trabalho que causam adoecimento, afastamento e até mesmo a aposentadoria precoce do trabalhador.

## **2.9 O trabalho em saúde como potencial adoecedor**

O trabalho na área de saúde coloca o profissional em contato com o sofrimento e miséria humana, como perdas, frustrações e sentimentos de impotência, gerando um processo de adoecimento que começa a se implantar durante o período de formação acadêmica, principalmente nos cursos de Enfermagem e medicina, onde a juventude e a imaturidade estão presentes. O processo de aprendizagem faz com que o jovem enfrente

a morte, o sofrimento físico e psíquico, os odores e as secreções nauseantes, os treinamentos incessantes, as dificuldades de relacionamento.

É preciso superação constante para vencer as dificuldades e pressões vividas neste período conturbado e cheio de incertezas. Esse jovem, enquanto aluno, vivendo toda essa pressão, não encontra um espaço institucional onde possa dividir as angústias, o sofrimento e o medo. Não há um profissional nas universidades que possa dar suporte ou apontar um norte durante o período de graduação. Para sobreviver à pressão e evitar o adoecimento, o graduando da área da saúde desenvolve mecanismos de defesa, dentre os quais a distância e a frieza na assistência ao cliente na tentativa de fugir das emoções. Na esperança de se autoprotger, lança mão de mecanismos inconscientes como a negação, a sublimação, o deslocamento e a racionalização. Após a graduação, os sofrimentos tendem a piorar, quando o recém-formado assume seu primeiro trabalho. A insegurança e a inexperiência são angustiantes. Segundo o mesmo autor, se a área de atuação for a “saúde mental em assistência primária, hospitalar e na docência” as situações vividas nesta área contribuirão para o adoecimento profissional. Ainda, segundo o mesmo autor, fatores como as condições de trabalho, a falta de estrutura psíquica, a responsabilização pelas ações e tomadas de decisões fazem aumentar o sofrimento. Muitos profissionais acabam por assumir funções administrativas ao invés da assistencial em troca de alívio ao sofrimento causado pela pressão sentida diante da possibilidade de assumir uma responsabilidade grande demais frente à insegurança profissional. Porém, a função administrativa pode gerar nesse profissional o sentimento de inferioridade e incapacidade.

As pessoas reagem de maneiras diferentes diante das adversidades da vida. Os problemas surgem e despertam sentimentos de desesperança, desânimo em alguns indivíduos ao passo que outros já se sentem fortalecidos para enfrentarem e resolverem os problemas. Na maioria das vezes as pessoas não sabem se tem uma boa capacidade de resolução de problemas; é preciso vivenciar esta condição para que se consiga esta avaliação. E, sendo assim, os profissionais que são menos estruturados psicologicamente, uma vez atuando na área da saúde, terão grandes possibilidades de desenvolver algum tipo de transtorno mental (MARCOLAN, 2007).

A maior parte da vida que se passa no trabalho em saúde mental convive-se com membros da equipe, com os clientes e seus familiares; há o envolvimento em diversas situações que consomem energia como reuniões consecutivas, treinamentos e educação continuada. Desta maneira, se o trabalho representar, para o profissional, apenas um



meio de aquisição financeira, ele tornar-se-á um grande peso sobre seus ombros, não proporcionando nenhum tipo de satisfação.

Diante dessa realidade, a alternativa que o profissional de Saúde, descontente com as condições de trabalho, tem é mudar de emprego ou faltar ao serviço. Porém, na atualidade, o alto índice de desemprego e o trabalho informal fazem com que esse profissional, mesmo no limite, permaneça no emprego para garantir a sobrevivência. Assim, o adoecimento é inevitável, a licença médica permite o afastamento das funções durante o tratamento, garantindo o salário, razão da permanência na ativa. A preocupação e o medo do desemprego fazem com que esse profissional volte às mesmas condições de trabalho e se submeta a elas, mesmo não se sentindo bem estar e saudável o suficiente para isso.

Portanto, as áreas que proporcionam maior adoecimento profissional são a medicina e a Enfermagem. Nesse sentido, pode-se afirmar que a enfermeira é de certo modo multiprofissional e que seu processo de formação possibilitou o conhecimento do funcionamento do corpo humano, suas necessidades físicas, biológicas, psicológicas e nutricionais podendo avaliar o cliente, quando necessário, requisitar ajuda profissional específica de acordo com a necessidade, sendo assim, um membro importantíssimo de uma equipe de profissionais que compõem uma instituição ou a atenção básica.

Ainda, para MARCOLAN (2007) a Enfermagem é uma profissão que devido a essa especificidade expõe os profissionais ao surgimento de estresse seja pela falta de valorização profissional, ou por questões relacionadas à sua personalidade, por rigidez de hierarquias (dos chefes para com os enfermeiros e deles com outros técnicos), pela relação de submissão ao médico, pela necessidade de dividir-se entre a assistência e a administração, pelas dificuldades de se trabalhar em equipe, pela necessidade de liderar ou pela competitividade. A competitividade acontece porque existe uma hierarquia, mesmo entre enfermeiros, onde uma é chefe, outra supervisiona, ou gerencia um serviço. Esse trabalho desenvolve em meio a um ambiente de intrigas, conversas de corredores, avaliações de competência por colegas e uma grande desunião da classe que não consegue se unir e se fortalecer pra reivindicar maior valorização e reconhecimento salarial. Tratando-se de uma classe que trabalha e se dedica, mas não é unida e nem valorizada e, muitas vezes, precisa enfrentar jornada dupla de trabalho tem-se grandes possibilidades de adoecer.

Todo tipo de trabalho está inserido em algum ambiente que contribui nesse processo de adoecimento profissional tendo como fonte de risco, elementos físicos,

químicos e biológicos que somados a outros elementos como o número reduzido de profissionais para atender a demanda, a insatisfação causada pelo exercício da função para qual não há afinidade, falta de investimentos na capacidade profissional, a falta de competência da chefia, falta de reparo em equipamentos, falta de medicamentos, a proximidade com o sofrimento, gerando impotência, a ausência de supervisão e apoio psicológico, os problemas financeiros e a baixa remuneração, jornadas duplas de trabalho, aumento da procura da população pelos serviços de saúde, falta de política interna que vise um plano de carreira. Todos esses são fatores que desestimulam, desmotivam e proporcionam cansaço físico e mental ao profissional que podem provocar a queda da produtividade e da qualidade da assistência prestada (erros e iatrogenia), levando o profissional ao adoecimento e, conseqüentemente, afastamento do trabalho por atestado médico.

No que diz respeito à saúde pública, a atenção primária à saúde (APS), administrada pelo poder público municipal, os problemas enfrentados pelos trabalhadores são de ordem social. Segundo MARCOLAN (2007), os clientes que procuram as unidades de saúde carecem de assistências múltiplas que muitas vezes fogem à competência dos profissionais que atendem nas instituições de saúde. A ausência de saúde na população mais carente está relacionada à fome, às más condições de moradia, à falta de higiene e de saneamento básico, à violência e dificuldade de acesso à educação. Esses problemas sociais decorrentes do atual modelo econômico decorrem da má distribuição de renda, da falta de interesse político para a resolução de problemas mais graves e da falta da participação popular na resolução das questões de seu interesse.

Devido ao processo eleitoral, a gestão municipal sofre mudanças a cada quatro anos o que repercute diretamente no quadro de funcionários e conseqüentemente na assistência à população. A nova administração está encabeçada por homens com pensamentos políticos próprios cujas ações muitas vezes diferem da administração anterior, trazendo prejuízos ao trabalho que vinha sendo desenvolvido. De acordo com MARCOLAN (2007, p. 216):

A influência política é sentida na indicação de chefes nos diferentes níveis hierárquicos, no privilegiamento de alguns programas em detrimento de outros, no não-enfrentamento incisivo da problemática, nos desvios de recursos públicos que frequentemente vêm à tona pela imprensa, na desvalorização e abandono do trabalhador e no pouco investimento na área.

O trabalhador da atenção básica muitas vezes cuida de usuários com problemas bastante semelhantes aos seus, o que lhe provoca conflitos, pois não consegue solucionar suas próprias dificuldades e, conseqüentemente, sente-se impotente diante do usuário que espera dele uma resposta, refletindo mais sobre suas condições de trabalho que lhe proporcionam sofrimento e adoecimento.

Diante de todas as condições apresentadas como potencializadoras de adoecimento profissional, MARCOLAN (2007, p. 217) questiona: “Quem cuida do cuidador?”. O autor continua dizendo que essas respostas deveriam constar de forma clara na política de saúde e na prática cotidiana e que os gestores deveriam melhorar as condições de trabalho, evitando, assim, o sofrimento psíquicos a que os trabalhadores se encontram submetidos.

Condições que propiciam o adoecimento do profissional, de acordo com BATISTA et al. (2005) referem-se ao ambiente de trabalho o qual pode causar alterações físicas e psíquicas e a fatores como o baixo salário, medo do desemprego, problemas familiares e o processo de organização do trabalho. Esse conjunto de fatores altera o estado de equilíbrio do profissional, diminuindo a sensação de saúde.

Por sua vez, PEREIRA et al. (2005, p. 279) dizem que “o processo de trabalho causa desgaste à saúde do trabalhador, o que muitas vezes traduz-se pelo adoecimento do corpo”. Na maioria das vezes, falta sensibilidade ao empregador para perceber que os funcionários estão sofrendo um processo de desgaste decorrente do trabalho e, sendo assim, não tomam nenhuma atitude no sentido de minimizar a situação e, por esta razão, os trabalhadores se unem para reivindicar melhorias, assumindo outro foco de desgaste.

## **2.10 Sobre o processo de adoecimento do profissional do CAPS**

A respeito do profissional que assume o cuidado integral do portador de transtornos mentais, FERRER (2007, p. 32 e 33) afirma que “o profissional envolvido na dinâmica do CAPS se torna polivalente, na medida em que suas atividades transcendem a sua área específica de atuação, rompendo com aspecto meramente técnico”. O trabalhador do CAPS, diante das várias necessidades do usuário, estabelece com ele vínculos que permitem a continuidade do tratamento, pois o usuário sente-se acolhido. De acordo com próprio autor, “Os funcionários do CAPS são peças chaves para consolidação desse novo paradigma de cuidado de saúde mental”, a autora, porém,

questiona como os profissionais lidam diariamente com a complexidade da loucura e a segregação social. O trabalho com a saúde mental não tem uma característica objetiva, os profissionais lidam com a subjetividade e a individualidade de cada caso, não sendo possível o emprego de técnicas de autodefesa contra as próprias angústias.

A partir de sua dissertação de mestrado, a autora relata o desabafo dos trabalhadores do CAPS de Campinas que se queixaram da sobre carga do trabalho, do cansaço, do desânimo com relação à falta de: recursos, infra-estrutura e recursos humanos. Disseram que as dificuldades vividas são expressas nos corredores e nunca nos espaços formais, ou seja, nas reuniões de equipe ou no momento de supervisão, alegaram que o tempo é curto e que os casos e assuntos mais importantes a serem tratados são dos clientes. Os funcionários colocaram a dificuldade de diálogo com a própria equipe e que não abre espaço para partilha de um caso que causou angústia devida sua complexidade e relata “... não poder compartilhar, é impedir o próprio crescimento e dar margem ao próprio adoecimento.” Segundo a autora, outro grupo sugeriu alternativas a serem: meditação, relaxamento, ioga, ginástica e parceria com clubes como forma de ajuda aos trabalhadores.

Autora relata sentimento de profissionais de nível médio que não tem como dar vazão as suas angústias devido às condições financeiras e a jornada dupla de trabalho, ao contrário de profissionais de nível superior que buscam ajuda com analistas, psicólogos, grupo de estudos e cursos, pois podem pagar pelo tratamento. Os CAPS III são caracterizados pelo atendimento diurno e noturno ao cliente em crise. Esse atendimento noturno surge como mais um agravante ao sofrimento do profissional que atua nesse turno.

Para FERRER (2007, p. 80), esses profissionais se queixaram da falta de cuidado para consigo e do sofrimento gerado por lidar com a doença mental, trabalhando com pequeno número de funcionários geralmente não sabem por que o cliente está no leito; não tem informação sobre o quadro do cliente e muitas vezes não sabem o que fazer. Os funcionários disseram que esse tipo de assistência é semelhante ao hospitalar, e que o sofrimento do cliente faz com que sofram também, porém, não podem demonstrar fragilidade. A vivência com esse tipo de sofrimento faz com que o profissional reflita sobre seu papel na assistência, pois “cuidam para tentar aliviar o sofrimento mental do outro, mas não tem acesso, nem dinheiro para cuidar do seu próprio sofrimento”.

Outras queixas dos profissionais são a falta de privacidade, pois os espaços são comunitários e os clientes circulam por todos eles, que não se pode manter uma sala própria para o atendimento, os espaços são pequenos e a falta de transporte também representa um problema. A posição geográfica do CAPS pode representar um fator estressante ao trabalhador. Segundo a autora, a construção dos CAPS em regiões pobres ou violentas é uma ameaça à integridade dos funcionários. Os trabalhadores disseram que sai dos CAPS sugados e angustiados devido às relações com cliente, familiares, falta de recursos humanos, rede social e de habitação devido ao nível de pobreza dos usuários. Alguns funcionários se queixaram de cansaço mental devido ao excesso de trabalho e de demanda.

Formas diferenciadas de contratação de profissionais foram apontadas como desmotivadoras e incômodas, pois apesar de cumprirem as mesmas tarefas, há regimes salariais, regras, horários, benefícios e calendários diferentes que são seguidos de acordo com a determinação de cada empresa contratante, essa situação causa descontentamento e revolta nos profissionais.

Para FERRER (2007), o tratamento do usuário em seu território coloca o profissional em contato com outras realidades, como doenças, miséria, pobreza e tráfico de drogas, que por sua vez mascaram a causa da doença mental, sendo difícil para equipe separar o que é problema social, drogas ou doença mental. Para que a inserção do usuário de saúde mental aconteça é necessário a formação de rede sendo que uma das queixas dos profissionais foi a dificuldade de relação e parceria com setores que formam essa rede como escolas, centros de saúde convivência. Muitos não conhecem o CAPS, não sabem de sua função, pensam que o CAPS deve solucionar todos os problemas dos usuários como os financeiros, sociais, familiares e comunitários. Os funcionários colocaram que, para o bom funcionamento do CAPS, é preciso tecer redes com assistência social, educação, habitação e o transporte. Essa situação toda gera um sofrimento muito grande aos profissionais. De acordo com o mesmo autor, os profissionais do CAPS apontam o acolhimento da crise como algo angustiante e comparam sua própria angústia à do cliente, estas situações disparam a crise no próprio profissional e na equipe como um todo, pois todos sentem medo e insegurança.

Não se sentem seguros para fazer visita domiciliar a clientes em crise, pois correm riscos de agressões. Porém, se não comparecerem poderão assumir a responsabilidade pelo que vier acontecer ao cliente ou decorrente dele. Além dessas questões, enquanto possíveis adoeceadores dos profissionais do CAPS, o autor questiona

seus entrevistados quanto ao seu sofrimento psíquico. Um dos grupos diz que se ele não se sentir bem psiquicamente não conseguirá ajudar o usuário. Os componentes desse grupo colocaram que o trabalho causa desgaste que leva ao adoecimento, a intolerância, a impaciência resultando em um mau atendimento ao usuário e ao seu familiar, mas que muitas vezes só se dão conta da sobrecarga mental que acumulam para si quando somatizam doenças físicas como: hipertensão, anemias, baixa resistência, dores de barriga, no estômago e na cabeça, gastrite, diarreia, crises de esquecimento, insônia, depressão e até psicose. Colocaram ainda, o desapontamento que experimentam quando se sentem doentes, fazem exames e no resultado não consta nenhuma patologia. Alguns apresentaram atestado médico para poder descansar, outros confessaram uso de bebida alcoólica para amenizar o sofrimento causado pelo trabalho, outros ainda colocaram que as constantes solicitações por parte do usuário causam irritação e cansaço.

O atendimento de casos de difíceis soluções que mobilizam demasiadamente a equipe e a desresponsabilização da família do usuário, que deposita o problema sobre a instituição, também foi citado como condições de adoecimento profissional. Os profissionais colocaram que estão sempre disponíveis, que fazem visitas, atendem o usuário, são agredidos e fazem outro atendimento sem parar para cuidar de si. Cuidam do cliente, mas não conseguem ver o colega do lado que não está bem. Queixaram-se da inexistência de uma política de cuidados voltadas para o trabalhador e que não há medida de prevenção de adoecimento profissional por parte da instituição. Para GARCIA (2006, p.773) “humanizar o atendimento ao portador de transtorno mental, que é a proposta da reforma através da conjuntura do CAPS , não pode deixar de olhar para o humano que cuida: o trabalhador do CAPS.”

Alguns grupos entrevistados queixaram-se da falta de condições básicas para o funcionamento da instituição como água, café, cadeiras confortáveis para o atendimento, ventilador e alimentação, alguns se alimentam da marmita que sobra dos usuários. O manejo do usuário psicótico que usa drogas divide a equipe; alguns acham que o cliente pode ser tratado no CAPS, outros que ele precisa de tratamento específico. Outro caso que mobiliza o trabalhador do CAPS é a assistência ao cliente com risco de suicídio que demonstra muito sofrimento impedindo que o profissional se desligue dele, mesmo quando vai para casa, muitas vezes sonham com os casos. Quem tem condição financeira para pagar por terapia gasta muito dinheiro com isso, quem não tem dinheiro aguarda vaga no SUS, pois a instituição não oferece apoio quanto a essa necessidade do trabalhador, acreditam que a instituição deva oferecer capacitação e opção de lazer.

Apesar de todo sofrimento apontado pelos trabalhadores, eles colocaram que se sentem motivados a voltarem ao trabalho quando se lembram dos casos que ajudaram a solucionar, dos clientes que ajudaram a sair da crise, veem assim a importância do seu trabalho enquanto equipe de saúde mental, especificamente do CAPS que é o lugar destinado a colher crise. De acordo com todas as situações colocadas pelos trabalhadores do CAPS vimos que eles são tão excluídos quanto os usuários, muitas vezes não são valorizados pela equipe, nem pela instituição e nem pela rede que deveria atuar como parceira na angustiante tarefa de cuidar do usuário com transtorno mental.

Pesquisa realizada sobre a saúde mental dos profissionais do CAPS de Goiana aponta para os problemas enfrentados pelo membro da equipe. COSTA e SILVA (2008) identificaram como causa do sofrimento psíquico do trabalhador do CAPS as relações entre o profissional e o usuário do serviço, entre os próprios profissionais e entre profissional e instituição. A falta de formação aparece como fator estressante para o profissional menos qualificado que se sente inseguro e confuso, assim como, para o profissional mais preparado que sente dificuldade em relacionar com aquele que ainda não pode contribuir com a perspectiva da reforma psiquiátrica.

Segundo os mesmos autores a baixa remuneração, a dupla jornada de trabalho e a falta de reconhecimento de trabalho produzem insatisfações e desmotivações ligadas ao trabalho o que gera sofrimento. Outro aspecto que representa angústia para o trabalhador é o fato de ele tornar-se técnico de referência do usuário o que representa maior responsabilização no seu tratamento.

De acordo com COSTA e SILVA (2008) outro ponto que angustia e desmotiva os profissionais do CAPS entrevistados, aponta as condições relacionadas à organização do trabalho, como a falta de materiais, condições financeiras e psicológicas vivenciadas no dia a dia do trabalho. No ambiente de trabalho os profissionais não recebem nenhum tipo de cuidado referente à sua saúde física ou suas angústias psíquicas por parte da equipe ou por parte da gestão.

Alguns profissionais admitiram a importância de estarem bem, de sentirem-se bem para, assim, cuidarem bem do outro, mas que na formação não receberam incentivos para pensar neles enquanto cuidadores que também precisam de cuidado.

No entendimento de COSTA e SILVA (2008), a supervisão foi apontada como instrumento de ajuda de atuação do profissional do CAPS, seja como apaziguador nos conflitos gerados entre os membros da equipe, ou fonte de subsídio ao conhecimento técnico dos profissionais, ou ainda, para amenizar seus sofrimentos psíquicos como a

angústia, as preocupações, a decepção, a frustração, a responsabilização excessiva, a insatisfação e a falta de reconhecimento.

MERHY (2004, p. 6 e 9) aponta as dificuldades observadas nos trabalhadores do CAPS, entre elas a intensa demanda de cuidado por parte do usuário, por outro lado, o profissional imagina que através de seu saber e agir o louco não vai ficar “nem mais enlouquecido e nem excluído”. Diante dessa posição, os profissionais assumem para si um peso importante do seu trabalho e tem que lidar com conflitos com sua potência/impotência. O autor ainda relata desabafos desses profissionais em supervisão onde expõe “sua exaustão, sua tristeza, sua incapacidade de acolher o tempo todo, o seu pavor diante das crises do usuário”, e continua dizendo que apesar do sofrimento existe uma cobrança por parte desses profissionais no sentido de estarem sempre dispostos, atentos e alegres para o bom atendimento. Percebemos então, que a proximidade do trabalhador com doente mental poderá remetê-lo da condição de profissional, da saúde mental à condição de cliente. Ainda, o autor apresenta a fala de alguns profissionais, como, por exemplo: “nós geramos alívio nos outros, mas não temos nenhum alívio para olhar e repensar o nosso trabalho...” e continua dizendo: “ trabalho que captura o trabalho vivo em ato de produção, impede a construção do alívio produtivo pelo trabalhador e a equipe”. E ainda afirma que se a equipe do CAPS não conseguir usufruir desse alívio produtivo e de estados de alegria não terão muito a oferecer e se cansarão para gerar alívio nos outros, como acontecem nos manicômios. Alguns trabalhadores colocaram a organização do trabalho como um potencial adoecedor dos profissionais que atuam no CAPS, lembrando que os mesmo são administrados pelo poder público.

OTANI (2008) relata que o sofrimento psíquico do trabalhador público é causado pelas faltas de: valorização, condições ideais de trabalho, perspectiva no trabalho, aprimoramento profissional, e de um espaço onde as novas idéias possam ser apresentadas e discutidas na intenção de gerar mudanças. Essas doenças psíquicas são diagnosticadas como: ansiedade, apatia, desconcentração, depressão, insegurança, insônia, irritabilidade, pesadelos, síndrome do pânico, Burnout e pensamento suicida.

Pesquisa realizada no CAPS de Uberaba mostra o descontentamento de funcionário que para manter o convênio com SUS, precisaram aumentar o número de clientes atendidos chegando a trezentos usuários, com isso passaram a dispensar uma atenção menor aos próprios usuários e seus familiares. Os funcionários colocaram também que o processo de contratação de pessoal para compor o quadro de



funcionários, não acontece através de concursos que avalia o conhecimento técnico do candidato, mas sim, pelos administradores da instituição mantendo a afinidade dos contratados com administração e prevalecendo as características pessoais do candidato ao invés de seu conhecimento técnico. Outro fator estressante colocado pelos funcionários é a burocracia, o preenchimento de formulários e todos os papéis ligados à administração, pois para manter o convênio a instituição é submetida à fiscalização constante (CAMPOS, 2008).

BICHAFF (2006) disponibiliza a fala dos profissionais que atuam no CAPS Professor Luis da Rocha Cerqueira os quais relataram problemas políticos vivenciados pela equipe. Com o processo de municipalização da assistência o poder público municipal assumiu a administração das instituições de saúde, entre elas os CAPS, porém, o Centro de Atenção Psicossocial continuou sob administração estadual na intenção de tornar-se um Centro de Referência. Essa proposta não viabilizou o referido CAPS que ficou de fora do conjunto mais articulado de serviços realizados pelos municípios. A autora continua dizendo que com a necessidade do Estado de se fazer economia a gerência do CAPS foi vivendo uma série de dificuldades chegando ao abandono da instituição. Os trabalhadores relataram o desinteresse do gestor pela saúde mental representada pela falta de investimento “nas condições básicas como medicação, viatura, internet e condições de trabalho, entre elas, os salários” (BICHAFF, 2006, p. 130-131). A autora também coloca que a solução encontrada pela Secretaria do Estado de São Paulo é a “vinculação do mesmo a uma organização não governamental, ligada a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)”, apesar de ter havido apresentação entre os membros da universidade e do CAPS para discutirem a proposta, esta possibilidade gerou muitas incertezas nos profissionais, entre elas, a perda do emprego. A autora continua relatando que o projeto continua em processo de formalização e o futuro do CAPS só será sabido com a implantação do mesmo. Com relação à satisfação em se trabalhar no CAPS há contradição entre os profissionais. Há funcionários que veem no CAPS um espaço de trabalho mais livre e mais produtivo, onde há oportunidade de aumentar conhecimento teórico e prático, alguns acreditam na política de ações do serviço; outros se sentem privilegiados por atuarem no CAPS.

Por outro lado, há profissionais que consideram o trabalho no CAPS difícil de ser realizado por entrarem em contato com todo tipo de necessidade do usuário como (casa, família, moradia, amor, saúde) e terem que intervir e ajudá-lo a resolver essas questões. Alguns se queixam de não serem bem aceitos pelos usuários, outros se

queixam que a demanda não permite a formação de vínculo, outros ainda consideram o trabalho como um desafio e sentem-se angustiados por pensar que poderiam fazer mais e melhor (BICHAFF, 2008).

## **2.11 A saúde do trabalhador aos olhos das Conferências Nacionais**

A saúde do trabalhador tem tornado-se tema de pesquisa com intuito de mostrar como o trabalho influencia na vida do profissional, que uma vez doente repassa essa condição durante sua atividade profissional, seja ela qual for. De acordo com o BRASIL (2001) “a saúde do trabalhador constitui uma área da Saúde Pública que tem por objeto de estudo e intervenção as relações entre o trabalho e à saúde.”. São considerados trabalhadores todos os indivíduos que exercem alguma atividade para seu próprio sustento ou de outrem. Essa atividade pode ser realizada nos campos formais e informais da economia, incluindo aqueles que exercem atividades não remuneradas com os estagiários, aprendizes e aqueles afastados temporariamente ou definitivamente por doença, aposentadoria ou desemprego.

O grande desafio é provar que há relação entre o trabalho e os problemas relacionados à saúde. A Saúde Ocupacional, segundo PEREIRA et al. (2005, p. 285), teve como proposta classificar os riscos de doenças relacionadas ao trabalho exercido estabelecendo benefícios monetários àqueles que conseguissem provar o adoecimento decorrente do mesmo. Essa passa a ser uma tarefa difícil para o trabalhador que só após longo tempo é que conseguia provar que o trabalho proporcionava o adoecimento ou incapacitação. Segundo os mesmos autores a Saúde do Trabalhador:

é uma área do conhecimento científico que tem como objeto de estudo a relação entre o trabalho e o processo saúde-doença nos grupos humanos. A saúde do trabalhador busca estabelecer vínculos e explicações a cerca do adoecimento e da morte de trabalhadores a partir do estudo dos processos de trabalho. (PEREIRA, 2005, p. 285).

O trabalhador necessita de ações voltadas à promoção, proteção, recuperação da saúde, assim como, a reabilitação daqueles cuja saúde tenha sofrido agravos mais sérios devido à exposição a riscos: físicos, químicos, biológicos e emocionais. Na tentativa de sanar os problemas relacionados com o trabalho o Ministério da Saúde, através da

Portaria nº 1.339/GM de 18/11/1999, lança uma lista contendo os nomes de vinte e sete agentes de risco ocupacionais, entre eles arsênico, bromo, chumbo, iodo, microorganismos. Porém, o adoecimento do profissional não está relacionado somente ao aspecto físico, mas também ao aspecto psíquico e mental. Por essa razão a saúde mental dos trabalhadores, passa a se tornar pauta nas discussões sobre saúde em diversas pesquisas.

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU) trinta por cento dos trabalhadores são acometidos por transtornos mentais menos significativos e de cinco a dez por cento por transtornos mentais graves. De acordo com INSS, a concessão de benefícios para auxílio-doença e aposentadoria definitiva aponta os transtornos mentais como terceiro lugar entre as causas de afastamento do trabalhador de suas atividades (BRASIL, 2001).

Como a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, a Secretaria do Estado de São Paulo, segundo OTANI (2008), oferece assistência à saúde mental do trabalhador e meios diagnósticos para detectar anormalidades na sua saúde mental decorrentes do trabalho. Segundo o autor, esses trabalhadores são triados para avaliação das equipes de saúde mental ou do CAPS que avaliam cada caso e encaminham ao Centro de Referência do Trabalhador do Estado de São Paulo (CEREST), onde o indivíduo será cuidado por psicólogo e médico. A reabilitação é mediada pelos profissionais da rede SUS (Saúde Mental e CAPS), que aborda as necessidades objetivas e subjetivas do indivíduo de maneira que ele possa voltar a suas atividades.

Diante da necessidade de se restabelecer a saúde física e mental relacionada ao trabalho, as Conferências do Trabalhador e da Saúde, aos poucos se mobilizaram para criarem diretrizes e estratégias que possibilitassem ao trabalhador uma relação menos danosa com o trabalho. Durante a II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador em 1994, realizou-se uma avaliação entre a relação saúde mental e trabalho onde foi apontada a necessidade de se contemplarem aspectos da saúde mental no reconhecimento das doenças profissionais e a inclusão dos profissionais do Serviço Social e Psicologia nas equipes de Saúde do trabalhador.

Para RAMMINGER (2005), durante a II Conferência Nacional de Saúde Mental de 1992, a organização do trabalho foi apresentada como responsável pela desinstitucionalização do trabalhador dessa área, sendo assim, essa equipe de trabalho passa a ser composta por profissionais de várias áreas de formação com espaço para se relacionar com outras equipes a fim de estabelecer trocas de experiências, atualizações,

pesquisas e supervisão institucional, de modo que, a equipe não se torne alienada e burocratizada pelo trabalho. Reivindica um repensar das Universidades formadoras de profissionais da saúde a cerca de temas relacionados à saúde mental e coletiva em seus currículos, e a regulamentação da atribuição destinada ao SUS para a formação e ordenação dos trabalhadores, de acordo com a Constituição Federal.

De acordo com a mesma autora, estabelece-se nesta Conferência uma relação entre a saúde mental e a saúde do trabalhador, onde num primeiro momento, assegura-se o direito de trabalho ao portador de sofrimento mental. Em um segundo momento lista recomendações que devam constar, tanto na CLT como nos Estatutos dos Funcionários Públicos, no sentido de prevenir e cuidar da saúde mental dos mesmos e reconhece a possibilidade de doenças mentais serem decorrentes do trabalho.

O Ministério da Saúde reconhece a importância do trabalhador da Saúde Mental para produção de cuidados e durante a III Conferência Nacional de Saúde Mental 2002, estabeleceu as seguintes estratégias voltadas ao profissional:

Capacitação, qualificação continuada; remuneração justa ao profissional; garantia da condição de trabalho e de plano de cargos, carreira e salários; democratização das relações e das discussões em todos os níveis de gestão, contemplando os momentos de planejamento, implantação e avaliação; garantidos por visão clínica e institucional; avaliação de desempenho e garantia de jornada de trabalho adequada para todos os profissionais de nível superior (RAMMINGER, 2005, p. 48).

A política da Saúde Mental do Trabalhador é adequada às suas necessidades, porém na prática a transformação dessa política em assistência acontece de maneira burocratizada devido à dificuldade em se diagnosticar distúrbios mentais e estabelecer uma relação entre eles e o trabalho.

DIAS (2008) coloca que não existe uma integração entre a política de saúde e as demais políticas públicas e que há falta de envolvimento social articulado no sentido de pressionar para que existam políticas públicas reais relacionadas à saúde do trabalhador. É de profunda importância a existência de uma política voltada à saúde do trabalhador para que ele deixe de ser visto apenas como aquele que produz e seja substituído quando deixar de produzir levado ao adoecimento causado por ações repetitivas ou por se dedicar a uma atenção integral ao cliente que é mais que um corpo, é também uma mente que muitas vezes precisa de cuidado. A autora relata dois extremos, por um lado, os trabalhadores do CAPS que veem no trabalho reinserção social e cidadania, e por outro lado, os profissionais de Saúde do Trabalhador que veem o trabalho como

adoecedor. Sabemos da importância do trabalho para a existência do homem, para sua relação com o mundo e as pessoas, mas, nessa sociedade globalizada e competitiva, onde o desemprego é gritante; os trabalhadores não se sentem seguros em reivindicar ações de melhoria para seu trabalho, o medo de perder o emprego faz com que se silenciem, é preciso produzir sempre mais e melhor. A pressão psicológica torna-se grande e somada ao aumento do desgaste físico para aumentar a produtividade pode levar ao adoecimento do trabalhador. Há existência de uma Política de Saúde Mental e uma Política de Saúde do Trabalhador, porém não existe uma articulação entre elas, e a autora faz uma comparação entre a luta antimanicomial e a saúde do trabalhador devido às violências sofridas no trabalho, como por exemplo, os acidentes de trabalho, assédio moral e a promoção da perda da identidade. Segundo a mesma autora, o trabalho deixa de ser:

fator de desenvolvimento, realização e inclusão tornando-se um fator de alienação, atividade apenas de sobrevivência que não promove a expansão do ser e o desenvolvimento de uma vida saudável no sentido de potência de agir, da autonomia, com possibilidades de ser no mundo (DIAS, 2008, s/p.)

Também, a autora coloca a importância de se pensar Saúde Mental e Saúde do Trabalhador conjuntamente, pois se trata de um sistema de saúde e por isso são necessários diálogos e trocas de experiências, e continua afirmando a inexistência de uma política específica para saúde mental do trabalhador.

Os princípios do SUS garantem aos cidadãos direito à assistência integral à saúde visando o aspecto biopsicossocial, promoção, prevenção, ações curativas e de reabilitação, assim, como acesso aos serviços de alta complexidade, inclui-se também assistência ao trabalhador acometido por doenças ocupacionais. Surge, porém, que a maioria dos transtornos mentais relacionados ao trabalhador não são de demanda para CAPS, por outro lado, muitos dos casos não poderão ser assistidos pelo serviço de saúde ao trabalhador por não possuírem uma equipe de saúde mental. O problema do trabalhador continua existindo, pois seus sintomas não se enquadram nos serviços existentes. Para solução desse problema, a autora coloca a integração entre os serviços de Saúde Mental, Saúde do Trabalhador e Atenção Básica e que todos os profissionais devam estar capacitados para acolher o sofrimento do trabalhador, mas para tanto, é preciso a capacitação e o apoio permanente às equipes da unidade básica por parte das outras equipes já referidas.

DIAS (2008) defende ainda, a organização do trabalho como principal fator de risco para os transtornos mentais decorrentes do trabalho, e que as vistorias para o conhecimento do processo de organização do trabalho tornam-se difíceis, pois não acontecem de maneira contínua. Cabe à Assistência Básica, ao CEREST e ao CAPS, durante ao atendimento, colher informações a respeito dessa organização e elaborar as ações que possibilitem a mudança no ambiente de trabalho. Como já foi dito o CAPS é uma estratégia na assistência à saúde mental de clientes neuróticos, psicóticos, com riscos suicidas, recém saídos de internação psiquiátrica, visando ao equilíbrio entre a sanidade e a loucura e buscando a inserção social do usuário na comunidade e no território. Podemos ver o CAPS sendo citado como articulador de apoio matricial e permanente às unidades básicas. No intuito de formação de rede com outros serviços vê-se a necessidade de instruir as unidades de saúde no que diz respeito à saúde mental e ao usuário de serviço, cabendo aos profissionais do CAPS esse papel.

Ao longo dessa pesquisa podemos esclarecer a importância do CAPS na sociedade e relatarmos a complexidade do serviço desempenhado por essa equipe. Vimos que não existe uma política específica de saúde mental ao trabalhador de modo geral e que nos vários artigos que lemos não constou uma forma de atenção voltada à saúde mental do profissional que atua na saúde mental, especificamente no CAPS. Temos uma política voltada à saúde do doente mental que requer cada vez mais atenção e assistência integral e humanizada. Temos uma atenção à saúde do trabalhador que sofre acidente de trabalho, que adquire LER ou problemas ortopédicos decorrentes do processo do trabalho. Doenças essas diagnosticáveis, mas como diagnosticar um transtorno mental no trabalhador se este não é pensado, não é cogitado?

O profissional do CAPS é visto apenas como aquele que tem competência e experiência em saúde mental e pode auxiliar nas muitas necessidades que a comunidade apresentar.

## **2. 12 Estratégias para lidar com o adoecimento do trabalhador da saúde**

Vimos que o homem necessita trabalhar, que esse trabalho pode manifestar-se através do cuidado, que este cuidado está relacionado à prevenção e a cura das doenças e a intervenção do profissional nesse processo de cuidado pode causar o adoecimento do trabalhador da saúde. O homem, porém desenvolve meios para minimizar os efeitos maléficos do trabalho em sua vida.

A seguir, serão destacados quais os meios utilizados pelos profissionais da saúde como “válvula de escape” que possibilitem ao trabalhador uma melhor relação com o trabalho e com sua própria saúde física e mental. A Enfermagem representa uma profissão, cuja relação com cliente é muito próxima, porém é preciso manter o equilíbrio entre o cuidado ao cliente e o seu próprio cuidado, as autoras REIKDAL e MAFTUM (2006, p. 926), dizem que para manter a saúde mental o profissional de Enfermagem precisa:

procurar ser otimista, compartilhar idéias, denominar preocupações, enfrentar dificuldades, amar, ter fé, equilibrar a fantasia com os fatos reais, ter atividades físicas úteis, exercícios, abster-se de vícios, ingerir alimentação sadia em quantidade moderada, ter boa higiene corporal, cuidar da apresentação pessoal.

As autoras prosseguem dizendo, que segundo seus entrevistados, “a leitura, o filme, o cinema, e a música (ouvir e cantar)”, podem ajudar a manter a saúde mental da Enfermagem, todavia existem contradições, o trabalho foi citado por alguns funcionários com promotor de saúde mental. Para evitar o adoecimento mental os profissionais de Enfermagem citam, as reuniões de equipe como “prevenção e promoção de saúde mental, pois se configura em acolhimento, socialização, e oportunidades de falar de seus anseios medos e inseguranças”. (REIKDAL, MAFTUM, 2006, p. 930).

O processo de trabalho consome energia física e mental do profissional e, segundo NASCIMENTO et al. (2005), uma alimentação saudável, natural, o consumo de água e sucos, sono e repouso preservados, escolha de atividades pouco estressantes para dias de folgas e uma respiração profunda são atitudes que podem ajudar a repor essas energias. Os autores continuam dizendo que o cuidado de quem cuida deve abranger o descanso sempre que possível, não exigir do corpo mais do que ele pode lhe oferecer, andar descalço, ouvir música, ter bons pensamentos, cultivar bons amigos e valorizar a profissão quando possível.

O estresse foi citado como um dos sintomas do cansaço e adoecimento causado pelo trabalho. MARCOLAN (2007) coloca que o estresse tem várias causas e por isso precisa de várias soluções e para que as intervenções surtam o efeito desejado devem começar por mudanças na estrutura e na organização do trabalho. Segundo o autor, as intervenções no trabalho podem ser “sociotécnicas e psicossociais”. As sociotécnicas referem-se à mudança nas condições de trabalho como ter clareza de papéis e funções, a

criação de gestão participativa, redesenhar o ambiente de trabalho de acordo com os princípios ergonômicos e a reeducação dos profissionais, cujas funções foram abolidas ou alteradas. As intervenções psicossociais estão ligadas à organização do trabalho identificando os fatores estressantes, oferecendo maiores condições para cooperação entre os colegas de trabalho, mantendo uma organização de trabalho mais horizontal.

Agindo de acordo com a Organização Mundial da Saúde no que diz respeito à circulação de informações claras com relação às propostas e práticas de trabalho, provendo seleção, treinamento e desenvolvimento da equipe respeitando as habilidades de cada profissional, promovendo a interação e socialização entre os funcionários mediada por chefes capacitados para gerenciar pessoas, proporcionando ao trabalhador o controle do trabalho onde ele possa compartilhar e dividi-lo de maneira flexível, oferecendo treinamento sobre gerenciamento de tempo, entre outros.

Implantar estratégias como: aumento de autonomia, habilidade e capacitação do trabalhador podem evitar os conflitos vivenciados no trabalho. A adequação dos funcionários quanto ao uso de máquinas, equipamentos, e demanda de trabalho evitando a sobrecarga podem causar um efeito positivo na vivência profissional englobando trabalhador individualmente, a equipe como um todo e tornando o ambiente harmonioso.

A OMS traz em seu rol de intervenções a necessidade de desenvolvimento estratégico no sentido de prevenir danos à saúde do trabalhador como avaliação médica regularmente e/ou estudo do ambiente do trabalho.

De acordo com MARCOLAN (2007, p. 220), as intervenções a serem realizadas no trabalho para evitarem o estresse são:

melhorar a dieta, praticar atividades físicas, fazer técnica de profundo relaxamento muscular, capacitar para efetivas estratégias cognitivas, receber orientação sobre o uso de drogas, organizar grupos de discussão sobre redutores de estresse, capacitar os familiares e o trabalhador para evitar que o estresse ocupacional interfira na vida familiar, promover orientação e discussão sobre atitudes preconceituosas, como as de racismo, sexismo.

O trabalho absorve um terço do tempo da vida útil do ser humano, uma parte desse tempo é gasta no trânsito e nas filas públicas (bancos, correios), outra parte deverá ser destinada ao sono para reposição das energias, o tempo que sobra para o convívio familiar torna-se cada vez mais escasso. Essa administração do tempo representa um desgaste ao profissional. Se as condições de trabalho, o relacionamento entre os membros da equipe e a organização do trabalho (função, carga horária, sobrecarga,



incapacidade da chefia), não forem bem gerenciadas será muito difícil que o indivíduo sob essas condições não adoça. MARCOLAN (2007) cita a capacitação para o autoconhecimento e a ajuda de psicoterapia e medicamento como medida de apoio no processo saúde/doença ocupacional.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A desinstitucionalização da loucura possibilitou ao cliente com transtornos mentais a ocupação de espaço na sociedade, antes ocupados apenas pelos considerados “normais”, esse processo de apropriação do espaço coletivo é consequência de conquista e conscientização. A conquista fica a cargo do próprio usuário que, à medida que circula em ambientes públicos, conhece novas realidades, novas pessoas e deixa-se conhecer por esse mundo novo. Longe das grades e muros dos hospitais psiquiátricos é possível recomeçar. O estigma de que o louco é agressivo vem sendo vencido aos poucos através da experiência vivenciada entre o louco e a comunidade. Gradualmente, as pessoas começam a perceber que as crises existenciais, a depressão, os transtornos bipolares ou outros sintomas dos conflitos pessoais são mais comuns na sociedade do que se pode supor e que ninguém pode se dizer imune à loucura.

O louco passa a conquistar o respeito de boa parte da sociedade que o percebe capaz de desenvolver atividades, de criar e produzir bens, arte e vida. Conquista o direito a cidadania. A conscientização da sociedade a respeito da loucura se faz necessária para que haja a garantia da inserção social do indivíduo no meio em que vive. Para tanto é preciso que haja conhecimento dos fatos, da história e da realidade, é necessário que haja sensibilização para que de fato aconteça o acolhimento esperado. Para mudança de consciência entra em cena a equipe de Saúde Mental, especificamente a equipe do CAPS, que atende o usuário com transtorno mental que se enquadra nas normas desse serviço, orienta e capacita as unidades básicas com relação à loucura e faz a ponte entre o usuário e a sociedade.

Implantados há vinte dois anos os CAPS podem ser considerados como um serviço novo que ainda tem muito para crescer. Esse serviço se faz basicamente do envolvimento dos recursos humanos que o constituem. As pessoas que fazem com que a estratégia CAPS aconteça são aquelas que investem no usuário e no seu crescimento como ser humano e na tomada de posse do seu espaço junto à comunidade e ao território. Essa equipe se dedica ao tratamento do usuário fazendo visitas domiciliares, atendendo em psicoterapias individuais ou de grupo, dispensando e orientando o consumo correto da medicação prescrita, cuidando das questões econômicas junto ao Serviço Social, coordenando diversas oficinas terapêuticas que visa ao desenvolvimento e autonomia do usuário, restabelecendo a construção de redes sociais entre o usuário e

os serviços oferecidos pelos municípios. Estimulando o autocuidado e a independência daqueles que sentem essa carência e mantendo a organização e higiene da instituição física que abriga o CAPS, além de estruturar a parte burocrática e administrativa que lhes compete.

Hoje, na realidade da saúde mental, principalmente a do CAPS, o saber médico hegemônico é diluído com a equipe possibilitando autonomia nas decisões e consequente aumento das responsabilidades. A formação técnica dos profissionais não os capacita para a assistência na saúde mental nem tão pouco ao cuidado, a um público considerado grave, recém saído de hospitais psiquiátricos ou após a tentativa de suicídio. Essa equipe multiprofissional dispensa constantemente uma assistência diferenciada e complexa que muitas vezes coloca o profissional em contato com suas próprias limitações e impotência.

Essas situações relatadas podem levar os profissionais ao estresse, ao cansaço físico e mental, ao adoecimento e talvez ao afastamento de suas funções. As consequências desse adoecimento aos profissionais não são nada confortáveis, pois não é fácil provar que o mesmo é causado pelo trabalho e não existe uma política pública voltada ao diagnóstico, aos sintomas e ao tratamento dos profissionais do CAPS. Não há nenhuma medida preventiva que contemple suas necessidades, tais como, terapias ou reuniões de grupo.

As reivindicações dos trabalhadores do CAPS são por melhores condições de trabalho, por uma política administrativa menos burocrática, menos hierarquizada e mais horizontal em suas determinações. Por isso, a saúde mental de trabalhadores do CAPS torna-se um campo vasto para pesquisas, pois para realização desse trabalho a autora encontrou dificuldade em encontrar artigos científicos específicos sobre o tema. Para que haja investimento na saúde do trabalhador do CAPS é preciso que haja divulgação do trabalho desempenhado, das condições em que o trabalho ocorre e do resultado deste na sociedade.

O estabelecimento de uma política que assegure a saúde mental dos profissionais do CAPS é, antes de qualquer coisa, o mínimo que se pode esperar do poder público, além de ser a garantia de que o usuário de saúde mental continuará recebendo a assistência de que necessita. Acreditamos que a melhoria do trabalho e o investimento na Saúde Mental dos trabalhadores do CAPS são possíveis, pois a própria Reforma Psiquiátrica é o exemplo do resultado de uma luta que possibilitou a conquista da liberdade de ir e vir de muitos homens e mulheres, até então, confinados em hospitais

psiquiátricos. A Reforma Psiquiátrica é uma conquista, dentre outros, dos profissionais dos hospitais psiquiátricos que sonharam um mundo mais justo e humano aos portadores de transtornos mentais, aos poucos os usuários conquistaram este mundo melhor, mas a luta continua. Atualmente, os profissionais precisam lutar para conquista de condições de trabalho mais dignas, mais saudáveis e mais humanas.

#### 4. REFERÊNCIAS

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; BEZERRA, Roberto Cláudio. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: **Tratado de Saúde Coletiva**. Organização: Campos, Gastão Wagner de Souza et al. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BARBIERE, Liliane; PEREIRA, Maria Alice Ornelas; FRANCO, Melissas dos Santos Paschoalato. Saúde Mental no Programa Saúde da Família: conceitos dos agentes comunitários sobre transtorno mental. **Revista de Escola Enfermagem**. USP v. 41, n. 4. São Paulo, 2007. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41/04.pdf>. Acesso em 20/05/2009

BARROS, Sonia; OLIVEIRA, Maria Aparecida Ferreira de; SILVA, Ana Luisa Aranha e Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. **Revista Escola de Enfermagem USP**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspea12.pdf>. Acesso em 09/06/2009.

BATISTA, Nildo Alves; BATISTA, Sylvia Helena; ABDALLA, Ively Guimarães. **Ensino em Saúde: visitando conceitos e práticas**. São Paulo: Arte & Ciência, 2005.

BIBLIA Sagrada. Edição Pastoral. São Paulo: Editora Paulus, 1990.

BICHAFF, Regina. **O Trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial**: uma reflexão das práticas e suas contribuições para a consolidação da reforma Psiquiátrica. Dissertação de Mestrado. São Paulo. 2006. Disponível em [www.teses.usp.br](http://www.teses.usp.br). Acesso em 02/06/09.

BRASIL, Ministério da Saúde. Organização Pan Americana de Saúde do Brasil. **Doenças Relacionadas ao Trabalho**: Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde. Ministério da Saúde (2001). Disponível em: <http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/Saudedotrabalhador.pdf>. Acesso em 05/06/09.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. DAPE. Coordenadoria Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma de Serviços de Saúde Mental: quinze anos depois de Caracas. Brasília, novembro de dois mil e cinco. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf>. Acesso: 20/04/2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [http://www.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual\\_caps.pdf](http://www.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_caps.pdf). Acesso em 20/05/2009.

CAMPOS, Fernanda Nogueira. **Trabalhadores de Saúde Mental**: incoerências, conflitos e alternativas no âmbito da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Tese de Doutorado. Ribeirão Preto. 2008. Disponível em: [www.teses.usp.br](http://www.teses.usp.br). Acesso em 02/06/09.

CAMPOS, Rosana T. Onoko; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Co-construção de autonomia: O sujeito em questão.** In: Tratado de Saúde Coletiva. Organização: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

COSTA, Ileno Izídio SILVA, Elisa Alves. Saúde Mental dos Trabalhadores em Saúde Mental: estudo exploratório com os profissionais do Centro de Atenção Psicossocial de Goiânia/ GO. **Psicologia em Revista**, v. 14, n. 1 Belo Horizonte junho, 2008 Disponível: <http://pepsic.bvs-psi.org/pdf/per/v14n14n1a06.pdf>. Acesso em 30/05/2009.

DIAS, Maria Dionísio do Amaral. **Atenção à Saúde Mental do Trabalhador no SUS.** Seminário Nacional de Saúde Mental. São Paulo, 28 e 29 de novembro (2008). Disponível em [www.fundacentro.gov.br/dominios/ctn/anexo](http://www.fundacentro.gov.br/dominios/ctn/anexo). Acesso em 09/06/09.

FERRER, Ana Luiza. **Sofrimento Psíquico dos Trabalhadores Inseridos nos CAPS:** entre o prazer e a dor de lidar com a loucura. Dissertação de Mestrado, (2007). Disponível em: <http://libdigi.unicamp.br/documento/results.php?Method=and&sort=caps> acesso em 24/05/09.

GARCIA, Maria Lúcia Pinheiro; JORGE, Maria Salete Bessa. Vivência dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial: estudo à luz do pensamento de Martin Heidegger e Hans-Georg Gadamer. **Revista Ciência & Saúde Coletiva** 11(3): 765-774, 2006. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/300991.pdf> Acesso em 28/04/2009.

GIORDANI, Anney Tojeiro. **Humanização da Saúde e do Cuidado.** São Caetano do Sul: Editora Difusão, 2008.

LANCETTI, Antônio; AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Saúde Coletiva.** In: **Tratado de Saúde Coletiva.** Organização: Campos, Gastão Wagner de Souza et al. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

LEÃO, Adriana; BARROS, Sonia. As Representações Sociais dos Profissionais de Saúde Mental Acerca do Modelo de Atenção e as possibilidades de Inclusão Social. **Revista Saúde Sociedade.** São Paulo, v. 17. n. 1, p. 95-106. 2008. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n1/09.pdf> acesso em 28/04/2009.

LEMO, Suyane S; LEMO, Monalise; SOUSA, Maria das Graças G. O preparo do enfermeiro da atenção básica para a saúde mental. **Arq. Cienc saúde;** 14(4). Outubro-dezembro, 2007. Disponível em: [http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs\\_ol/vol-14-4/ID227.pdf](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-14-4/ID227.pdf) acesso em 10/05/09.

LOBOSQUE, Ana Maria. **Trabalhadores dos Serviços de Saúde Mental: dos nossos recursos.** In: Clínica em Movimento. Por uma sociedade sem manicômios. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

MARCOLAN, João Fernando. **Trabalho e produção de sofrimento nas organizações de saúde.** In: A Enfermagem na gestão em atendimento primário à saúde. Organizadores: SANTOS, Álvaro da Silva; MIRANDA, Maria Resende Camargo. Barueri, Manole, 2007.

MELO, Victor Meneses de. **Uma experiência baseada no Apoio Matricial em Saúde Mental: estratégia para um atendimento integral.** Dissertação pela universidade Paulista = UNESP. Assis, 2008.

MENEZES, Mardônio Parente. A Psiquiatria na Atenção Psicossocial: entre o luto e a liberdade. In: **Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.** Disponível em [http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=1535](http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1535) – acessado em 20/05/2009.

MERHY, E. E. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e Alívio como dispositivos analisadores. **A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano II.** Campinas: Hucitec, 2007.

MIELKE, Fernanda Barreto et al. O cuidado em Saúde Mental no CAPS no entendimento dos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14 n.1 Rio de Janeiro. Janeiro-Feveiro, 2009. Disponível em <http://www.scielo.com.br>. Acesso 28/06/2009.

NASCIMENTO, Maria Aparecida de Luca; COSTA, Marcio Martins da; SILVA, Raquel Nunes. Cuidando de quem cuida: Um programa de atenção à saúde do trabalhador. In: **Prática de Enfermagem.** Ensinando a cuidar em Saúde Pública. São Caetano do Sul: Yendis, 2005.

OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de. Trabalho e cuidado no contexto da atenção psicossocial: algumas reflexões. **Escola Anna Nery** v. 10, n. 4, Rio de Janeiro, dezembro, 2006. Disponível <http://www.portalderevistasdeEnfermagem>. Acesso em 28/05/2009.

OTANI, Koshiro. **Saúde Mental.** Secretaria de Estado de Saúde: Coordenadoria de Controle de Doenças. CEREST /SP. 12 de outubro de 2008. Disponível <http://www.pqv.unifesp.br/otani.pdf>. Acesso em 30/05/2009.

PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza. Florence Nightingale e as irmãs de caridade revisando a história. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília dez-nov 2005. Disponível <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a18v58n6.pdf>. Acesso em 15/05/2009.

PEREIRA, Adriana Lemos et al. Programa de Atenção à Saúde: In: **Prática de Enfermagem.** Ensinando a cuidar em Saúde Pública. São Caetano do Sul: Yendis, 2005.

RAMMINGER, Tatiana. **Trabalhadores de Saude Mental: reforma psiquiátrica, saude do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saude mental.** Porto Alegre, 2005. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=000518369&loc=2006&l=1444fc4e1e643442>. Acesso em 02/06/2009.

REIKDAL, Annegret Rinklin; MAFTUM, Mariluce Alves. O Cuidado com a Saúde Mental da Equipe de Enfermagem do PSF de uma Unidade de Saúde. **Revista Nursing** s/ local de publicação, v. 98, n. 925-930, Julho 2006.

REIS, Ana Karina Almeida. **Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho**. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/sites/100/163/00006128.ppt#256,1> Acesso: 17/05/2009.

SADOCK, Benjamim James; ALEGRE, Virgínia Alcott. **Compêndio de psiquiatria clínica**. 9 ed. Tradução: Claudia Dornelles et al. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SILVA, Ana Tereza Medeiros C. da. et al. A saúde mental no PSF e o trabalho de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília 58(4) 411-5, julho-agosto. 2005. Disponível em [http://scielo.br.php?pid=50034-7167200500040000&script=sci\\_arttext](http://scielo.br.php?pid=50034-7167200500040000&script=sci_arttext) Acesso em 26/05/2009.

SOARES, Nina Rosa Ferreira; MOTTA, Manoel Francisco Vasconcelos da. **As políticas de saúde, os movimentos sociais e a construção do Sistema Único de Saúde**. Disponível: [http://ufmt.br/revista/arquivo/rev10/as\\_politicas\\_de\\_s.html](http://ufmt.br/revista/arquivo/rev10/as_politicas_de_s.html). Acesso em 29/04/2009.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. In: **Tratado de Saúde Coletiva**. Organização: Campos, Gastão Wagner de Souza et al. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

YASSUI, Silvio. **Rupturas e encontros: Desafio da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro. Tese (Doutorado em Saúde Pública), 2006.