

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB
INSTITUTO DE PSICOLOGIA - IP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E
CULTURA - PPG-PsiCC

**Dores dos cuida-dores em saúde mental:
Estudo exploratório das relações de (des)cuidado dos
profissionais de saúde mental em Centros de Atenção
Psicossocial de Goiânia-Go**

ELISA ALVES DA SILVA

Brasília – DF
2007

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB
INSTITUTO DE PSICOLOGIA - IP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E
CULTURA - PPG-PsiCC

**Dores dos cuida-dores em saúde mental:
Estudo exploratório das relações de (des)cuidado dos
profissionais de saúde mental em Centros de Atenção
Psicossocial de Goiânia-Go**

ELISA ALVES DA SILVA

Orientador: Prof. Dr. Ileno Izídio Da Costa

Dissertação apresentada ao
Departamento de Psicologia Clínica do
Instituto de Psicologia da Universidade
de Brasília, como parte dos requisitos
para a obtenção do título de Mestre
em Psicologia Clínica e Cultura.

Brasília – DF
2007

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB
INSTITUTO DE PSICOLOGIA - IP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E
CULTURA - PPG-PsiCC

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

Comissão Examinadora:

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa
(Presidente)

Profa. Dra. Ana Maria Fernandes Pitta
(Membro Externo)

Profa. Dra. Iône Vasques-Menezes
(Membro)

Profa. Dra. Maria Izabel Tafuri
(Suplente)

Dissertação defendida e aprovada em ____ / ____ / ____

Brasília – DF
2007

SUMÁRIO

Agradecimentos

Resumo	1
Abstract	2
I. Introdução	3

II. As convicções: revisando a literatura e contextualizando a saúde mental do profissional de saúde

2.1. Aspectos da trajetória histórica da reforma psiquiátrica brasileira	9
2.2. Serviços de atenção psicossocial: conhecendo o campo de atuação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	16
2.3. Contextualizando as relações de cuidado no cotidiano dos profissionais de saúde mental	23
2.3.1. Trabalho e cuidado: relações possíveis?	26
2.3.2. O agir ético e técnico nas relações de cuidado	29
2.4. Trabalho e saúde mental	32
2.4. 1. A saúde mental de quem trabalha em saúde	35
2.4. 2. Sofrimento psíquico dos profissionais de saúde	39
2.4. 3. Possibilidades do encontro entre a clínica e o trabalho ...	44
2.4. 4. Políticas públicas em saúde mental do trabalhador	46

III. Os Caminhos: apresentando o percurso metodológico 51 |

3.1. A pesquisa-ação	52
3.2. Os grupos operativos de reflexão	60
3.3. Formalizando o estudo	62
3.4. Contextualizando o cenário e os atores participantes	63
3.5. Registros das informações	66
3.6. Desenvolvimento dos instrumentos: integrando textos e vivências	66
3.7. Os encontros: recebendo os atores do cuidado	71
3.8. Organizando e analisando os dados	72
3.9. Avaliando e devolvendo os resultados dos encontros	76

IV. As Reflexões: implicações das relações de (des)cuidado vivenciadas no cotidiano de trabalho	77
4.1. Considerações sobre as vivências de cuidado da saúde mental do profissional no ambiente laboral	79
4.2. Relações interpessoais e o trabalho em equipe	90
4.3. Sofrimento psíquico	99
4.4. Dificuldades da atuação profissional no novo modelo de atendimento em saúde mental	112
4.5. Levantamento das propostas	122
V. Considerações finais	125
VI. Referências	138
VII. Lista de Anexos	147
1. Roteiro da pesquisa	
2. Termo de consentimento	
3. Ficha de avaliação	
4. Texto 1: Saúde Mental dos Profissionais de Saúde	
5. Questionário do 2º encontro	
6. Texto 2: Relações de Cuidado - refletindo sobre a saúde mental dos profissionais de saúde	
7. Questionário do 4º encontro	
8. Texto 3: Programas Cuidando do Cuidador	
9. Questionário do 6º encontro	
10. Ficha de avaliação final	

A minha mãe Eni Alves que, do lugar onde está, ilumina e apóia meus passos, fazendo-me sentir cuidada e incentivada.

Ao meu marido Léo Ribeiro que, através do carinho, dedicação e compreensão, dá sentido ao nosso projeto de família e amor cotidiano.

Agradecimentos

Muitas pessoas contribuíram para realização deste projeto/sonho. Sou grata a todas elas e, desde já, peço desculpas se me esquecer de referenciar alguém especificamente. Relembrar toda a trajetória faz-me sentir profunda gratidão pela vida e pelas relações estabelecidas até então.

Agradeço,

A Deus, por me permitir compartilhar a vida com pessoas especiais.

Ao Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa, meu orientador e mestre, por me aceitar como orientanda e acreditar em mim, por contribuir com meu crescimento intelectual e pessoal, pela disponibilidade profissional e afetiva, pela oportunidade de trilhar no “percurso da saúde mental em prol da felicidade humana”. Tenho claro, Prof. Ileno, que, para este trabalho, você foi o melhor orientador que alguém poderia ter.

À minha querida mãe, Eni Alves, pelo amor, cuidado e crença constantes. Sem você, mãe, com certeza, eu não chegaria até aqui. Você me impulsiona a oferecer sempre o melhor de mim.

Ao meu Léo, companheiro ímpar no cotidiano da vida e do amor. Meu eterno agradecimento pela compreensão, apoio e cuidado. Em especial, obrigada pela concretização deste trabalho; sua participação foi fundamental, não tenho dúvidas que seria mais difícil sem você.

Ao meu sincero amigo Rodrigo Dueti, pela música, afeto, incentivo, proteção, aceitação, sintonia, por me permitir ser em essência... e por tudo que nossa relação tem de melhor e humano.

A toda minha família, em especial, a minha segunda mãe Tia Edi, motivo de orgulho, carinho e admiração; ao Tio Leides, pelo estímulo e apoio; à Tia Maria, exemplo de perseverança e humildade; ao Tio Chico e Tia Diva, pela torcida e carinho; a minha cunhada Cleusa, pelo incentivo, respeito e exemplo de luta; ao meu sogro Sr. Leônidas, pela carinho sa presença.

Ao casal Lorena e Mayco, não só parentes, amigos-irmãos, que me receberam de portas abertas em Brasília, me oferecendo mais que segurança: afeto, companhia e confiança. Grata por me ensinarem a comemorar e fazerem sentir-me em casa e querida.

À amiga Carla, que me incentivou e ajudou a dar os primeiros passos rumo a este mestrado. À Beatriz Machado, pela amizade, apoio intelectual e constante motivadora de transformações pessoais. Às amigas do “expresso goiano”: Yassue e Marice, pelo compartilhar das viagens que nos proporcionaram mais proximidade e trocas significativas, pelas histórias, medos, cansaços, risadas ao longo da estrada.

Aos colegas do CAPSi Água-Viva, Maria José, Rômulo, Voula, Marília, Isabel, Demivaldo, Socorro, Nice, pelas palavras amigas e de incentivo todo o tempo. Ter a oportunidade de atuar com vocês possibilitou a crença neste trabalho.

Aos participantes do GIPSI (Grupo de Intervenção Precoce nas Psicoses), pela amizade, apoio, preocupação, compreensão da ausência, pelos momentos das oficinas, pelas contribuições para meu amadurecimento pessoal e profissional. De forma especial, agradeço à Maviane Ribeiro, pelos diálogos, comprometimento e carinho (mesmo em algumas ocasiões sendo somente com o olhar); à Maria Del Carmem, pela proximidade acolhedora, preocupação e

consideração constante; à Nerícia Carvalho, pelo compartilhar mais próximo e afetivo; à Antônia Macedo, pelo acolhimento e afeto; ao Enrique Bessoni, pelo carinho e falas oportunas que muito contribuíram para minhas reflexões.

Aos professores do Programa de Mestrado em Psicologia Clínica da Universidade de Brasília, pelo estímulo às reflexões. Aos funcionários do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, pelo apoio e pelos esclarecimentos.

Aos colegas do Mestrado em Psicologia Clínica da turma de 2005, que me impulsionaram, mesmo que não o tenham percebido.

Aos meus queridos alunos da graduação, pela possibilidade de crescimento conjunto. De uma forma especial, à Walleska Kruger, que me fez perceber o valor da escolha em atuar no meio acadêmico.

Falando em boas escolhas, impossível não me referir aos Coordenadores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nos quais realizei este estudo, de forma muito especial, aos participantes dos grupos que, ao logo dos encontros, me mostraram a preciosidade de atuar na saúde mental: admiro vocês pela coragem e disponibilidade em viabilizar esta reflexão fundamental sobre o cuidado com os cuidadores.

À querida revisora Maria Freire, pela parceria imprescindível.

A nossa existência se confirma através da relação com os outros, assim, agradeço e referencio todas as pessoas que me apoiaram na concretização deste sonho em realidade. Obrigada, mesmo!

Alguém perguntou:

Afinal como se faz o cuidado?

alguém respondeu:

ao olhar o outro,

ao ver o outro,

ao sentir o outro.

Mas alguém lembrou:

é muito mais:

é olhar ao outro e a si mesmo

é ver ao outro e a si mesmo

é sentir ao outro e a si mesmo

é ouvir ao outro e a si mesmo

e tudo isso dever ser feito sem

deixar de olhar, ver e sentir a

sociedade onde estamos inseridos...

(Matt, citado por Migott, 2001)

RESUMO

Esta dissertação tem como objetivo principal investigar as vivências das relações de (des)cuidado que permeiam o cotidiano de trabalho e influenciam a saúde mental dos profissionais de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em Goiânia – Go. Participaram deste estudo vinte e dois trabalhadores, representantes de diferentes categorias profissionais (arteterapia, artista plástica, assistente social, educação física, enfermagem, musicoterapia, psicologia e psiquiatria). Foram formados três grupos, com encontros semanais que variaram entre sete e nove, com duração de cerca de uma hora. O período de realização dos encontros foi de setembro/2005 a dezembro/2005. A metodologia utilizada foi a pesquisa-ação e teve como instrumento os grupos operativos de reflexão. Os dados obtidos foram examinados de acordo com a análise de conteúdo na modalidade de análise temática. Foram destacadas quatro categorias: experiências de cuidado com o cuidador no trabalho, relações interpessoais, sofrimento psíquico e as dificuldades e desafios em atuar no modelo de atendimento em saúde mental preconizado pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. Observamos que a saúde psíquica perpassa a complexidade das relações de (des)cuidado que são estabelecidas com o próprio profissional, com o outro (usuários e colegas de trabalho) e com a instituição (organização do trabalho). O estudo aponta a necessidade de investimentos e ações que privilegiem o cuidado com a saúde mental desses profissionais e integrem uma política pública voltada ao servidor da saúde. Para tanto, assinalamos a importância de espaços para grupos de discussão e reflexão desta temática, objetivando novas instrumentalizações de trabalho.

Palavras-chave: Relações de cuidado; profissionais de saúde; saúde mental; reforma psiquiátrica; centros de atenção psicossocial.

ABSTRACT

This work had as main objective to investigate the experiences with the (un)care relations between Psychosocial Attention Centers (CAPS)'s professionals in the city of Goiânia - GO. Twenty two participants took part of this study from different professional categories (art therapists, artists, social assistants, physical educators, nurses, musical therapists, psychologists and psychiatrists). Three groups were formed with seven and nine meetings with about one hour each meeting. The groups had regular meetings from september to december of 2005. The adopted method was the research-action matched with the reflexive operational groups. The data was analyzed according to thematic content analysis. Four categories were emphasized: care experiences with the care takers at work, personal relations, psychic suffering and the difficulties and challenges to work with the padronized mental health way of working determined by the Brazilian Psychiatric Reform. We observed that the psychic health experience (un)care relations established between the professionals and others (clients and work colleagues) and with the institution (work organization) are complex and needs more attention. This research shows the need of investments and actions to be taken in order to treat the professionals' mental health issue as a priority and also to create an adequate public policy concerning this purpose. Therefore, we suggest the creation of discussion's groups concerning this issue in order to create a new and more complex work instrumentalization.

Keywords: Care relations; health professionals; mental health; psychiatric reform; psychosocial attention centers.

I. Introdução

A idéia central desta dissertação é discutir as vivências das relações de *(des)cuidado*¹ permeadas no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde mental, trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS.

Este trabalho originou-se dos questionamentos e reflexões feitos durante o curso de graduação em Psicologia, que se estenderam na minha experiência como Psicóloga, profissional de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade de Goiânia – Go.

Na graduação, tomando por base as disciplinas cursadas, observava que as preocupações acadêmicas sempre se voltavam para ações que poderiam amenizar o sofrimento psíquico do cliente. Raramente houve momentos para discussões referentes às angústias e preocupações que o profissional poderia vir a ter no contato com o sofrimento do outro. Particularmente, só pude ter essa vivência pela opção que fiz pelo estágio em psicologia clínica, já no final do curso. Assim, por perceber a importância da relação profissional-cliente, a atenção se voltou mais para as discussões sobre esse relacionamento e sobre quais eram os sentimentos suscitados e os cuidados necessários para preservar essa relação. Infelizmente, durante a graduação, os assuntos relacionados à saúde mental do profissional tiveram poucos espaços para reflexões.

Logo em seguida, tive a oportunidade de trabalhar por dois anos no campo da saúde mental, em um serviço que estava sendo implantado em Goiânia, tendo como diretrizes novos dispositivos de atenção psicossocial. Essa atividade

¹ Durante a realização desta investigação percebemos que, no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde, existem relações que perpassam pelo cuidado e descuido pessoal, institucional e relacional. Assim, consideramos a utilização deste termo mais adequado para a realidade que encontramos.

provocou-me o incentivo para estudar e pesquisar sobre o atual cenário de trabalho e os atores sociais (profissionais) que nele estão envolvidos.

O trabalho desenvolvido nos CAPS emprega uma transformação do modelo assistencial em saúde mental preconizado pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. São serviços voltados para usuários que possuem algum sofrimento psíquico, funcionando diariamente com várias propostas de ações que priorizam as atividades grupais e a (re)inserção social da pessoa em tratamento. A equipe técnica de funcionários é composta por diferentes categorias profissionais da área da saúde e educação, atuando de forma multi e interdisciplinar. Neste novo modelo de cuidado são necessários o envolvimento e a responsabilização dos profissionais, familiares, comunidade, sociedade, instituições, enfim, toda uma rede que dê suporte psicológico e social ao usuário.

No CAPS que atuei, o cenário era permeado por muitas transformações, uma vez que a maioria dos profissionais da equipe e de usuários fazia parte de uma experiência delineada pelo modelo tradicional² da saúde mental. Durante essa vivência, entrei em contato com os prazeres, desafios e dilemas da implantação desse serviço, as inseguranças e incertezas de uma nova prática e a crença de qualificar e melhorar a vida do usuário que procurava os CAPS.

Assim, comecei a observar o trabalho da equipe, a função das reuniões, os projetos desenvolvidos, as relações interpessoais, a receptividade da equipe de trabalho em relação às supervisões com profissionais externos (as), as mudanças ocorridas na relação com usuário depois de discutido algum caso, o suporte que a instituição oferecia aos profissionais, os atendimentos que mais mobilizavam a

² Denomina-se tradicional o modelo de atenção voltado à internação psiquiátrica e consultas ambulatoriais, centrado na perspectiva hospitalocêntrica medicamentosa.

equipe, enfim, as satisfações e dificuldades vivenciadas pelos profissionais nesse novo modelo de atenção psicossocial.

O Movimento da Reforma Psiquiátrica trouxe ao campo da saúde mental novas formas de divisão de tarefas com a equipe de trabalho, criando responsabilizações e encargos aos profissionais de saúde (Silva, 2005). Além dessas mudanças, entram em cena outros atores do cuidado – familiares, comunidades, instituições – que precisam ser articulados com a equipe responsável pelo usuário. Assim, é possível dizer que esse movimento preconiza uma transformação nas políticas públicas de saúde mental, na (re)inserção do usuário na comunidade e, por conseqüência, no modo de trabalho desenvolvido pelos profissionais (Amarante, 1996; Bezerra Jr., 1994; Silva, 2005).

Frente a essas novas demandas sociais e ao novo cenário ocupado pelas práticas de atenção psicossocial no que diz respeito aos profissionais de saúde, buscamos, neste trabalho, investigar as implicações das relações de cuidado que envolvem a saúde mental dos trabalhadores de CAPS.

O ato de cuidar e as atividades desenvolvidas pelos cuidadores estão presentes ao longo da história e retratam a preocupação com a qualidade de vida dos seres humanos (Boff, 1999; Madalosso, 2001; Migott, 2001). Desde então, o exercício do cuidado também permeia o trabalho dos profissionais de saúde, podendo assim ser denominados de *cuida-dores*³ da saúde física e psíquica das pessoas que precisam de auxílio. Dessa maneira, a atenção psicossocial disseminada no campo da saúde mental resgata as atuações relacionadas a essas práticas de cuidado e reinventa o modo de ser e agir dos trabalhadores em saúde no cuidado com o outro.

³ A utilização deste termo é para marcar, claramente, o que a palavra por si só já traz como possível conceito. Cuida-dor reflete, a princípio, o cuidar da dor, seja física ou emocional.

Diante desse quadro, surgem pesquisas que avaliam e questionam as condições de trabalho a que são submetidos e as estratégias de cuidado dispensadas à saúde desses profissionais. Os estudos demonstram a existência de poucas ações voltadas à preservação da saúde mental dos cuidadores e revelam a necessidade de espaços que privilegiem a discussão desse assunto. Logo, a preocupação do cuidado com o cuidador passa por uma ação preventiva, bem como qualifica os serviços prestados por esses profissionais (Campos, 2005; Fortuna, 2003; Fraga, 1997; Garcia & Jorge, 2006; Migott, 2001; Nogueira-Martins, 2002).

Neste ponto, levantamos algumas indagações: que lugar é dado aos atores do cuidado nas instituições de saúde e ensino? Quais as relações desenvolvidas no trabalho que influenciam a saúde mental da equipe de saúde? Foram algumas dessas inquietudes que nos motivaram a refletir sobre as relações de (des)cuidado que estão sendo vivenciadas pelos profissionais de saúde e como as instituições estão se responsabilizando em criar e implantar ações que beneficiem esses trabalhadores.

Para atender às perspectivas deste estudo, levantamos os seguintes objetivos:

- Y investigar a realidade das relações de cuidado que influenciam a saúde mental dos profissionais de saúde, trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);
- Y investigar o que os profissionais de saúde têm a dizer sobre o cuidar de si, que sentido e significação eles atribuem a essa questão;
- Y refletir sobre a necessidade de cuidar de si mesmo como condição para cuidar do outro;

Y promover aos participantes do grupo a reflexão sobre a importância do autoconhecimento e autocuidado para atuar no papel de cuida-dor.

Tomando por base o trabalho de campo realizado, percebemos a complexidade que envolve a teia interacional do cuidado e, dentre as possibilidades apresentadas nesta dissertação, esperamos apontar de modo claro os fatores mais significativos que permeiam as relações de (des)cuidado vivenciadas pelos profissionais que atuam em CAPS. Esperamos também elucidar os pontos de estagnação e as estratégias que já são desenvolvidas pelas instituições com relação à qualificação do trabalho e da saúde desses trabalhadores.

Para tanto, no *capítulo II*, abordamos os fundamentos teóricos que embasaram esta dissertação. Foram descritos os acontecimentos relevantes da trajetória histórica da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o contexto e o campo de atuação dos Centros de Atenção Psicossocial, as relações de cuidado que permeiam o dia-a-dia de trabalho dos profissionais de saúde e as considerações estabelecidas entre trabalho e saúde mental.

No *capítulo III*, descrevemos o percurso metodológico utilizado para este estudo, detalhando os caminhos percorridos para desenvolver e alcançar as metas estabelecidas entre participantes e pesquisadores, bem como a construção dos encontros, das técnicas utilizadas, do método empregado para análise dos dados e a avaliação da prática vivenciada.

No *capítulo IV*, apresentamos os resultados das análises dos dados referentes à investigação com os grupos de profissionais de saúde, acompanhados pelas reflexões acerca das implicações das relações de (des)cuidado vivenciadas

pelas equipes participantes. Foram evidenciadas questões relativas às experiências de cuidado no cotidiano laboral, à importância das relações interpessoais, ao sofrimento psíquico a que estão sujeitos no trabalho, às dificuldades e aos desafios enfrentados no novo modelo de atuação profissional preconizado pela reforma psiquiátrica.

Feito isto, no *capítulo V*, tecemos algumas considerações sobre as contribuições deste estudo e a relevância do aprofundamento e realização de pesquisas que abordem novas possibilidades de um viver mais saudável para os profissionais de saúde mental. Acreditamos que assumir o compromisso de um novo paradigma, no que tange ao cuidado da saúde mental, é uma forma de responsabilidade em relação à produção da saúde e da vida num sentido mais amplo; é apostar numa mudança que privilegie a humanização, o acolhimento e a cidadania dos usuários e, por suposto, também dos profissionais envolvidos nessa realidade. Assim, o presente trabalho pretende enfatizar este último caminho.

II. As convicções: revisando a literatura e contextualizando a saúde mental do profissional de saúde

2.1. Aspectos da Trajetória Histórica da Reforma Psiquiátrica Brasileira

O percurso histórico no campo da saúde mental no Brasil tem sofrido transformações importantes nas duas últimas décadas. Esse movimento recebeu a denominação de Reforma Psiquiátrica e tem como um dos seus principais objetivos estabelecer a crítica aos pressupostos da psiquiatria com seus modelos de controle e normatização do transtorno mental. Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica traz como característica principal a implementação do argumento dos direitos e cidadania das pessoas que sofrem de transtornos mentais severos, bem como a necessidade de mudanças no agir profissional, social e cultural em relação à *loucura*⁴. De acordo com Ribeiro e Gonçalves (2002, conforme citado por Garcia & Jorge, 2006) a “reforma psiquiátrica ultrapassa as normas técnicas, científicas, administrativas, jurídicas, legislativas, constitui-se em uma mudança da sociedade no lidar com a *loucura*” (p. 766 – grifos nossos).

As denúncias que apareceram na década de 1970 sobre o sistema de saúde fizeram emergir discussões relacionadas aos direitos humanos, à cidadania, ao predomínio da assistência privada e à rede de convênios. Nesse contexto, Amarante (2006) esclarece:

⁴ Consideramos importante ressaltar este termo para reafirmar que a desconstrução das práticas de cuidado envolve também o questionamento do conceito de loucura e da forma generalizada que é repassada a toda sociedade. Dessa maneira, adotamos a consideração feita por Costa (2003), em que o autor apresenta o termo loucura “(...)sob uma perspectiva mais ampla, multicausal, multidisciplinar e questionadora” (p.21).

“A psiquiatria foi a área mais explorada e preferida pelas empresas privadas, na medida em que a falta de direitos dos usuários, somada à baixa exigência de qualidade no setor, facilitava a construção ou transformação de velhos galpões em ‘enfermarias’. A ‘indústria da loucura’, como ficou conhecida, fez o número de leitos saltar de 3 mil para quase 56 mil, ao mesmo tempo que os investimentos no setor público começavam a diminuir” (p. 33).

Durante o período da ditadura militar, em 1978, quando muitos outros movimentos sociais também aconteciam, as mudanças no campo da saúde mental iniciaram. Assim, vários atores políticos e profissionais da saúde mental começaram suas lutas na transformação do *status quo* da psiquiatria (Vasconcelos, 1999).

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) foi criado nessa data por profissionais de saúde, após uma série de denúncias sobre a superlotação nos hospitais psiquiátricos, violências, abandonos, enfim, pelas violações aos direitos humanos das pessoas que eram internadas nessas instituições (Rotelli & Amarante, 1992).

Para Vasconcelos (1999), o MTSM ganha mais influência, força e espaço com a chegada de lideranças mundiais da psiquiatria como, por exemplo, Franco Basaglia, psiquiatra italiano que criou o Movimento da Psiquiatria Democrática, principalmente após a aprovação da Lei 180, em que ficou estabelecido o fechamento dos hospitais psiquiátricos na Itália. Com base nesse entendimento, foram criados novos modelos de assistência substituindo os manicômios, sendo que essa nova forma de cuidado passava também pelo plano

social e cultural. Vasconcelos (1997) destaca, ainda, que “o paradigma (...) centrado no problema-solução, doença-cura é desconstruído no sentido de uma reinvenção da saúde, da existência do sofrimento dos pacientes buscando a produção de vida” (p.21).

Com as discussões, críticas e articulações feitas pelo MTSM e outros segmentos, em 1989, o Deputado Paulo Delgado apresentou o Projeto de Lei nº 3.657/89, que passou a ser conhecido como Lei da Reforma Psiquiátrica. O projeto enfrentou dificuldades na sua aprovação e só depois de dez anos (2001) foi aprovado e substituído por outro projeto sancionado na forma da Lei nº 10.216, perpassando por temas que asseguram legalmente a indiscriminação do indivíduo com transtorno mental, bem como seus direitos enquanto cidadão (Tenório, 2002; Amarante, 2006).

Nessa época (década de 1980), surgiram as experiências preconizadas pelo novo tipo de cuidado em saúde mental, sendo utilizados novos espaços que não se limitavam somente à instituição. Passou a ser feito um afastamento do espaço asilar, demarcando um novo campo de atuação e de território: a comunidade e as (inter) relações sociais.

Dessa forma, a atual política de saúde mental brasileira segue os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, conforme vem acontecendo em vários países do mundo nos quais é proposta a mudança do modelo assistencial, ou seja, a substituição do modelo asilar (hospitalocêntrico, manicomial) para o modelo psicossocial (comunitário). Ocorre então o processo denominado desinstitucionalização, implicando a desospitalização para a construção de uma rede de serviços alternativos, redirecionando os recursos governamentais ao atendimento comunitário (Bezerra Jr., 1994; Amarante, 1996).

Rotelli (1990) caracteriza a desinstitucionalização como um processo social complexo e afirma:

“(...) é um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema. (...) a terapia não é mais entendida como a perseguição da solução-cura, mas como um conjunto complexo, e também cotidiano e elementar, de estratégias indiretas e mediatas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento” (p. 29).

Para Tenório (2002), a tarefa da reforma psiquiátrica é “substituir uma psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária ou territorial” (p. 35).

Dois eventos foram fundamentais para complementar as mudanças que estavam ocorrendo no campo da saúde mental: I Conferência Nacional de Saúde Mental e II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. Foram incorporadas novas propostas reformistas nas políticas de saúde, dando início à chamada desinstitucionalização, instituindo-se o lema “Por uma sociedade sem Manicômios”, com preocupações que envolvem a relação profissional - usuário, a sociedade e a cultura. Nesse momento, os usuários e familiares surgem como novos aliados e “passam a ser verdadeiros agentes críticos e impulsionadores do processo” (Tenório, 2002, p. 35).

O Movimento da Luta Antimanicomial surge então com intuito de convocar a sociedade para refletir e discutir sobre o novo modelo de atuação no campo da saúde mental, tendo a participação e presença dos usuários e seus

familiares como fundamentais para o planejamento e a utilização dos novos dispositivos de cuidados. Logo, nesse processo, além dos profissionais de saúde, estão envolvidos vários atores sociais que lidam com questões como os direitos humanos, a inclusão social, a cidadania e a solidariedade.

Wetzel (1995) ratifica esse pensamento reafirmando que a superação do modelo manicomial é possível se houver envolvimento de vários segmentos: institucionais, usuários, familiares, profissionais de saúde, governantes e comunidades.

Outro fator indispensável para promover a modificação da rede assistencial psiquiátrica foi a parceria estabelecida entre o Ministério da Saúde e o Movimento da Reforma Psiquiátrica para criar as portarias que possibilitaram a implementação dos serviços substitutivos. Através das portarias, mencionadas a seguir, foi possível adotar outros procedimentos em serviços de saúde mental que não se limitassem à internação psiquiátrica, criando a estruturação de uma rede assistencial mais diversificada.

Pelas análises feitas por Mello e Lappan-Botti (2003, conforme citado por Mello, 2005) dos textos das portarias e leis reguladoras elaboradas pelo Ministério da Saúde, é possível perceber que, além de viabilizar a estrutura da rede de atendimentos em saúde mental, houve também preocupações relativas ao tratamento ético, à humanização da assistência, à diversificação da oferta de procedimentos terapêuticos e à reintegração social do usuário.

Nesse sentido, vale ressaltar a importância dessa parceria na criação das portarias que introduziram e regularizaram os serviços substitutivos (Núcleo de Atenção Psicossocial - NAPS, Centro de Atenção Psicossocial - CAPS,

Residências Terapêuticas, entre outros) possibilitando o financiamento das redes de atendimentos, marcando um avanço significativo no campo da saúde mental.

Amarante (2006) esclarece que só foi possível introduzir os serviços substitutivos devido à criação das portarias, antes mesmo que a Lei nº 10.216 fosse sancionada:

“A transformação do modelo virou prática política e social antes mesmo de virar lei, (...) atualmente o país conta com quase mil serviços de saúde mental abertos, regionalizados, com equipes multidisciplinares, envolvendo vários setores sociais e não apenas o setor da saúde. Um grande avanço, sem dúvida” (p. 34-35).

As novas estratégias adotadas nos serviços de saúde mental implicam mudanças culturais na sociedade. Implicam também uma busca da superação das formas tradicionais de controle e segregação do saber da prática médica, indicando uma complexidade de desafios a serem enfrentados e um chamado à reconstrução de novas premissas. Esse novo olhar vem reforçar que, no exercício do cuidado, deve-se levar em conta os dispositivos grupais (coletivos) e institucionais na gestão dos serviços.

Vasconcelos (1999) aponta para o fato de que o novo modelo de atendimento no campo da saúde mental se instala no movimento de renovação de todo o sistema de saber e de cuidados, com novo paradigma centrado na idéia da complexidade. E mais: encontra respaldo também na reinvenção da saúde, da cidadania, dos atores envolvidos no sistema de ação institucional, da interdisciplinaridade, ou seja, um paradigma da desinstitucionalização, implicando mudanças profissional e cultural profundas.

Como a literatura sobre o assunto demonstra, a transformação de um modelo de assistência ocorre de maneira processual; muitas mudanças já foram realizadas, mas ainda há outras trajetórias a serem traçadas. Os atores envolvidos precisam ter clareza do movimento instalado, dos saberes questionados, das conquistas almejadas, das diversas nuances na reconstrução de uma prática e dos desafios que precisam enfrentar. Afinal, é com base nessas reflexões e intervenções que as novas práticas com seus reflexos serão implementadas. Guljor (2003) alerta para “o risco de se produzir serviços que sejam reproduções burocráticas das regulamentações, perdendo de vista o referencial transformador que o processo de construção desse paradigma abarca” (p. 17).

Nesse contexto, Silva (2005) acrescenta que a “reforma diz respeito, necessariamente, a uma mudança nas políticas públicas” (p. 131). Assim sendo, percebemos que a Reforma Psiquiátrica constitui um processo social complexo (movimentos que incluem os profissionais de saúde, os usuários, os familiares, as instituições, a sociedade, dentre outros) sendo a sua história marcada por lutas, ideais e projetos de transformação em busca de uma sociedade mais humanizada que privilegie os direitos humanos, a cidadania e a inclusão social.

2.2. Serviços de Atenção Psicossocial: conhecendo o campo de atuação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

O campo da saúde mental atualmente encontra-se bastante comprometido com a atenção psicossocial. Com as transformações ocorridas nas políticas de saúde mental, principalmente após as regularizações das portarias e da implementação da Lei nº 10.216/01 pelo Ministério da Saúde, novos dispositivos de atenção psicossocial foram incorporados à rede de atendimento à saúde.

Nessa direção, surgem os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) e os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), regulamentados através das Portarias nº 189/91 e nº 224/92. E surgem também outros tipos de serviços substitutivos respaldados pela Portaria GM nº 336/02 como, por exemplo, os CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental), as Residências Terapêuticas (que passam a dar moradia ao usuário, um suporte a mais para os que não possuem laços familiares e sociais) e os Centros de Convivência. Essa mesma Portaria “reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS que têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes” (Ministério da Saúde, 2004, p. 12).

Os CAPS e NAPS concretizam o resultado das reflexões relativas aos movimentos instaurados pela Reforma Psiquiátrica, constituindo modalidades de cuidados em saúde, abertos e comunitários, com projetos terapêuticos adequados às necessidades das pessoas assistidas, visando à integração social, familiar e cultural, respeitando os direitos de cidadania (civis, políticos e sociais), constituindo assim o processo de reabilitação psicossocial do usuário.

Oliveira e Silva (2000) afirmam que a reabilitação psicossocial possibilita o resgate da autonomia devido aos novos vínculos desenvolvidos no convívio social e afetivo. Logo, no cenário dos CAPS / NAPS, novas formas de relações são estabelecidas, oferecendo ao usuário um espaço de acolhimento, liberdade e solidariedade.

Assim, os CAPS surgem como principal estratégia do processo da Reforma Psiquiátrica, sendo instituições criadas com compromisso de acolher os usuários com transtornos mentais, oferecendo atendimento médico e psicológico, apoiando-os nas suas iniciativas de busca de autonomia (Ministério da Saúde, 2004).

Tenório (2002) aponta duas experiências no Brasil que foram consideradas inaugurais de um novo modelo de cuidado em saúde mental:

“(...) o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo; e a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, realizada pela administração municipal de Santos (SP), iniciando o processo que constituiria no complexo e exemplar Programa de Saúde Mental daquela cidade” (p. 37).

Após iniciativas importantes como essas, várias outras foram acontecendo no cenário da saúde mental e, então, novos paradigmas de cuidados passaram a ser produzidos no modo de fazer e conceber os transtornos mentais.

Os CAPS são serviços de atendimento intensivo e diário às pessoas portadoras de sofrimento psíquico grave, propondo várias ações nos atendimentos, geralmente com atividades grupais focalizadas na (re)inserção social do sujeito. Além disso, os CAPS são distribuídos de acordo com a divisão territorial de cada

cidade, tendo sua clientela diferenciada, levando-se em conta modalidade, porte, complexidade e abrangência populacional. “Possuem um modelo organizacional que orienta o seu funcionamento, mas cada um tem características próprias decorrentes da história de sua criação e do contexto em que estão inseridos” (Silva, 2000, p. 4).

A equipe de trabalho é multidisciplinar, contando com a experiência de várias categorias profissionais: assistentes sociais, arteterapeutas, enfermeiras (os), musicoterapeutas, psicólogas (os), psiquiatras, terapeutas ocupacionais, professores (as) de educação física, dentre outras. Conta também com serviços de apoio técnicos administrativos, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, artesãos (ãos) e com a equipe de limpeza, cozinha e vigias.

As intervenções clínicas são de responsabilidade de toda a equipe envolvida com a pessoa em atendimento, tendo como meta de trabalho a atuação da prática interdisciplinar. Ainda dentro da proposta de reinserção social do usuário, Guljor (2003) ressalta que as intervenções não são realizadas somente no espaço institucional e que as comunidades são locais de cuidado considerados privilegiados, por isso vários são os arsenais usados para essa mudança de paradigma. Para tanto, existem estratégias definidas na organização desses serviços, tais como: projetos terapêuticos e comunitários, encaminhamento e acompanhamento de usuários que moram em residências terapêuticas, dispensa de medicamentos, assessoramento do trabalho dos agentes comunitários de saúde e equipes de saúde da família no cuidado domiciliar (Ministério da Saúde, 2004).

Essas estratégias são destinadas a diminuir a significativa lacuna existente no atendimento a pessoas com transtornos mentais graves. Os dispositivos estão articulados na rede de serviços em saúde e necessitam

permanentemente de outras redes sociais, de outros setores afins, para apoiar a complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão *excluídos* da sociedade.

Construir e implantar todos esses projetos muitas vezes ultrapassa a estrutura física do trabalho, necessitando de um suporte social para realização das ações programadas. Delgado (1999) afirma que “as redes são sociais, culturais, simbólicas, mercantis, raciais, espaciais, temporais; são também projeções da subjetividade” (p. 119). Por isso a necessidade de redes de apoio, não esquecendo que a singularidade, história e cultura precisam também ser consideradas em todo processo de planejamento do tratamento e de reabilitação psicossocial.

Desse modo, o “objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (Ministério da Saúde, 2004, p. 13). Para conseguir alcançar o objetivo traçado e colocar em prática essas estratégias, os CAPS devem, também, assumir a articulação dessas redes (comunitária, social e cultural), cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços em saúde.

As atividades terapêuticas realizadas nos CAPS passam por mudanças tendo, nesse processo, uma (re)construção da prática clínica, ou seja, a clínica se volta para uma atenção psicossocial no tratamento ao usuário, dando merecimento à complexidade do ser humano e à diversidade de relações existentes na vida das pessoas, ampliando a noção de cuidado em saúde mental. Há diversas atividades já implantadas, tais como: psicoterapia individual e/ou em grupos, oficinas

terapêuticas, atividades esportivas, atividades artísticas e comunitárias, atendimento aos familiares, atendimento domiciliar, dentre outras.

Nos CAPS, há uma diferenciação nos dias e horários de funcionamento, o que é determinado de acordo com a modalidade na qual cada um está classificado. Com a aprovação da referida Portaria nº 336/02, os CAPS foram classificados em cinco modalidades e se diferem de acordo com o porte (estrutura física), complexidade (diversidades nas atividades terapêuticas), abrangência populacional e quanto à especificidade da demanda (crianças e adolescentes, usuários de álcool e outras drogas ou para transtornos psicóticos e neuróticos graves).

Segundo o Ministério da Saúde (2004, pp. 19 e 22), os diferentes tipos de CAPS são:

- Y CAPS I: municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funcionam das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira. Possuem atendimento para adultos com transtornos mentais severos persistentes.
- Y CAPS II: municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funcionam das 8 às 18 horas, podendo ter um terceiro período até 21 horas, de segunda a sexta-feira. Possuem atendimento para adultos com transtornos mentais severos persistentes.
- Y CAPS III: municípios com população acima de 200.000 habitantes, funcionam 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana. Possuem atendimento para adultos com transtornos mentais severos persistentes.
- Y CAPSi: municípios com população acima de 200.000 habitantes, funcionam das 8 às 18 horas, podendo ter um terceiro período até 21

horas, de segunda a sexta-feira. Possuem atendimento para infância e adolescência com transtornos mentais.

Y CAPSad: municípios com população acima de 100.000 habitantes, funcionam das 8 às 18 horas, podendo ter um terceiro período até 21 horas, de segunda a sexta-feira. Possuem atendimento para usuários com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação.

Todo trabalho e acompanhamento dos serviços que os CAPS oferecem possuem uma finalidade terapêutica. Assim que o usuário se insere no tratamento, qualquer que seja a modalidade do CAPS, é feito primeiramente o acolhimento, escutando suas queixas, motivos e expectativas com relação ao tratamento, enfim, é de fato feita uma escuta acolhedora. Logo após, juntamente com a equipe de trabalho e o usuário, é traçado o projeto terapêutico; cada projeto é único e individual, respeitando-se a história e contexto no qual cada pessoa está inserida.

Cada usuário possui o seu Terapeuta Referência (TR), que é escolhido pelo vínculo que eles estabelecem com determinado profissional. Muitas vezes esse vínculo é feito pelo profissional que os acolheu. O Terapeuta de Referência (TR) assume responsabilidades, como:

“(...) monitorar junto com usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo, por exemplo, as atividades e a frequência da participação no serviço. O TR é responsável também pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico,

dialogando com usuário e com a equipe técnica dos CAPS” (Ministério da Saúde, 2004, p. 16).

Essa relação entre usuário e profissional faz parte de um novo delineamento no cotidiano de trabalho dos CAPS, no qual o profissional se responsabiliza, juntamente com alguns membros da equipe, pelo tratamento planejado entre todos.

Para Guljor (2003), as relações instaladas nesse paradigma da atenção psicossocial passam a ser relações horizontalizadas, colocando em xeque o paradigma biomédico e as cristalizações centradas somente na doença. Essa mudança de paradigma é permeada por múltiplas intervenções e as execuções das tarefas passam a ser feitas “(...) a partir do vínculo terapêutico e a partir de um olhar individualizado para cada história. Busca-se o rompimento com o modelo de funções hierarquizadas e respostas padronizadas” (p. 44).

Nesta perspectiva, tomando por base o vínculo com os profissionais, as realizações dos grupos, oficinas, projetos comunitários, os CAPS passam a se constituir em facilitadores de novos contatos sociais. Essas ações proporcionam ao usuário maior segurança para reinserção social, resignificando seu poder de autonomia e direitos.

Por fim, é importante ressaltar que, além de todas essas mudanças de atenção ao cuidado com a saúde mental, bem como as novas estratégias criadas nos serviços, ainda ocorrem (des)construções e os desafios são constantes nesse cotidiano. Mesmo com os avanços conseguidos, os campos de elaborações e de constatações das insuficiências estão abertos, pois as práticas desse novo paradigma não são fechadas e cristalizadas. É um serviço que está em construção,

podendo-se constatar contribuições de outras experiências de reformas instaladas em outros países. No entanto, consideramos importante ressaltar que a concretização de cada serviço se estabelece com a noção de territorialização, as assembléias das comunidades, a tomada de responsabilidade de cada ator social, além do questionamento social da psiquiatria.

A busca efetuada no intuito de tomar conhecimento do desafio cotidiano dos CAPS, em todas as suas atuações, fez-nos entrar em contato com a complexidade de suas ações diárias. Assumir o compromisso de um novo paradigma, no que tange ao cuidado da saúde mental, é uma forma de responsabilidade em relação à produção da saúde e da vida num sentido mais amplo; é acreditar numa mudança que privilegie a humanização, o acolhimento e a cidadania dos usuários e, por suposto, também dos profissionais envolvidos nessa realidade. O presente trabalho pretende trilhar este último caminho.

2.3. Contextualizando as relações de cuidado no cotidiano dos profissionais de saúde mental

O verbo cuidar em português está relacionado a atenção, cautela, vigilância, prevenção, zelo. Assume ainda características de sinônimo de palavras como imaginar, meditar, empregar atenção ou prevenir-se. Representa na realidade uma atitude de preocupação, ocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o ser cuidado (Boff, 1999; Remen, 1993; Waldow, 1998). Migott (2001) apresenta a seguinte definição de cuidado:

“São atividades/ações diretas e indiretas prestadas ao indivíduo, família ou grupo; são atividades/ações de apoio, de facilitação, capacitação, de ajuda, atenção, de troca de idéias, de decisões entre o enfermo e o cliente em situações de saúde-doença. O cuidado é uma necessidade e um recurso do ser humano. É o ato de cuidar, ajudar, proteger, recuperar, desenvolver, independentizar e/ou criar novas situações diante dos agravos à saúde; é multidimensional (biológico, psicológico, espiritual, sociocultural e ecológico). São atividades/ações voltadas para si ou para as outras pessoas; que promovem/mantêm o bem-estar; que ajudam a melhorar uma situação de vida, de deficiência ou de morte” (p. 57).

A origem do cuidado está ligada à sobrevivência dos seres humanos e parece constituir-se na mais antiga prática da história. Para Collière (1986, conforme citado por Madalosso, 2001) as práticas de cuidado, “tanto de caráter informal/popular, quanto formal/profissional, foram marcadamente influenciadas pelos papéis femininos e pelos fatores culturais, sociais e econômicos de cada época” (p. 21). Assim, ao observar o histórico que envolve o cuidado e suas práticas, é possível notar ações que privilegiam a melhoria da condição de vida ou, melhor dizendo, da qualidade de vida dos seres humanos. Nesse sentido, houve muitas discussões e trabalhos feitos por vários profissionais de saúde para aprimorar as técnicas de cuidado e, conseqüentemente, aliviar o sofrimento.

Migott (2001) considera que existem várias formas de cuidado. Em sua pesquisa elabora o termo cuidado construtivo e explica que esse envolve um processo intenso de trocas e de co-responsabilidades entre o profissional de saúde e o cliente. Para a autora, o cuidado construtivo é uma atitude de co-construção

das relações, de novas formas de escuta e busca de significados. Aponta que “a estrutura do cuidado construtivo é mais colaborativa do que hierárquica, evita o excesso de tecnicismo, permite uma avaliação circular das circunstâncias, tem uma visão orientada para o processo de viver saudável e não para o agravo da saúde” (p. 58).

A afirmação da autora vem ao encontro às idéias de Boff (2005) ao ressaltar que o cuidado não deve se opor ao trabalho no sentido das relações verticalizadas. Alguns profissionais inserem a relação sujeito-objeto nas práticas de cuidado, embora essa relação deva ser de sujeito-sujeito, pois há uma convivência e interação que transcendem o agir puramente técnico. Ao ratificar as relações entre as pessoas, Boff (2005) esclarece:

“Cuidar implica ter intimidade com elas, senti-las dentro, acolhê-las, respeitá-las, dar-lhe sossego e repouso. Cuidar é entrar em sintonia com as coisas. Auscultar-lhe o ritmo e afinar-se com ele. Cuidar é estabelecer comunhão. Não é a razão analítica-instrumental que é chamada a funcionar. Mas a razão cordial, o *esprit de finesse* (o espírito de delicadeza), o sentimento profundo. Mais que o *logos* (razão), é o *pathos* (sentimento), que ocupa aqui a centralidade” (p. 31).

Instala-se então o desafio de combinar o cuidado com o trabalho correndo-se o risco de restringir um ou outro se administrados separadamente. Afinal, eles se compõem e constituem a integração da subjetividade com a objetividade. Por isso, para Boff (2005), “(...) o resgate do cuidado não se faz às custas do trabalho. Mas mediante uma forma diferente de entender e de realizar o trabalho” (p. 33).

Dessa forma, surge a necessidade de novas atuações relacionadas à prática de cuidados, priorizando mudanças na maneira de ser e agir, proporcionando aos profissionais de saúde caminhos que também possibilitem um viver mais saudável.

2.3.1. Trabalho e Cuidado: relações possíveis?

Existem várias situações que permeiam o ambiente de trabalho do profissional de saúde mental, muitas delas com experiências de satisfação, prazer, gratificação e realização, mas não há como negar as dificuldades e insatisfações ligadas a esse exercício profissional. Muitos são os estudos para encontrar e resolver as causas dos sofrimentos e insatisfações presentes nas atividades laborais. No campo da saúde mental não é diferente. Logo, é importante atentar para estas questões, pois existe uma complexidade de relações de cuidado que se interpenetram: profissional-profissional (interdisciplinaridade); profissional-usuário; profissional-instituição⁵, além de outras relações sociais.

O cotidiano de trabalho vivenciado pelos profissionais de saúde mental remete a uma rotina diária e complexa, principalmente em instituições públicas, onde se tem, além da alta demanda de atendimento, a escassez de tempo, geralmente considerado como um grande inimigo. Nesse cenário há ainda outras características: condições (física e material) precárias, relacionamento entre equipe reduzido a solucionar, minimamente, problemas técnicos; falta de medicação aos usuários, escuta de queixas e sofrimentos, conflito nas relações interpessoais, ansiedades, angústias, várias e longas jornadas de trabalho. Essas

⁵ Instituição aqui se refere a todos os órgãos responsáveis pelo profissional e seu trabalho: Secretarias de Saúde (Municipal e Estadual), Sindicatos, Conselhos, Ministério da Saúde e do Trabalho, dentre outros.

situações, aliadas às tarefas do dia-a-dia, geram um ambiente com momentos de estresse e tensão (Campos, 2005; Machado, 2006; Migott, 2001; Nogueira-Martins, 2002, Ramminger, 2005). Assim sendo, é necessário dispensar cuidados (físicos e emocionais) a esses aspectos que mobilizam sentimentos e que, muitas vezes, podem não ser saudáveis, trazendo alterações no trabalho e nas relações de cuidar de si e do outro.

No contato com o usuário, os profissionais de saúde defrontam-se com angústias, depressões e conflitos que os deixam imersos no complexo mundo dos outros, muitas vezes perdendo o contato com o seu próprio (Benevides-Pereira, 2001). Dessa maneira, o cotidiano dos profissionais de saúde possui características que os expõe à sobrecarga emocional, sendo as vivências permeadas pela dor, sofrimento, angústia, medo, desesperança e desamparo, podendo refletir em suas próprias questões, testando continuamente a sua capacidade de equilíbrio.

Bleger (1991) diz que o profissional de saúde tende a negar suas próprias doenças e dificuldades, mas quando esse contato com o outro se faz mais próximo, essa negação se torna difícil, pois essa proximidade o coloca diante de seus conflitos e frustrações e “(...) caso ele não consiga graduar este impacto sua tarefa se torna impossível: ou tem muita ansiedade e, então, não pode atuar, ou bloqueia a ansiedade e sua tarefa é estéril” (p.27).

A figura do cuidador (profissional de saúde) vem se destacando em algumas pesquisas (Campos, 2005; Machado, 2006; Migott, 2001; Madalosso, 2001; Nogueira-Martins, 2002), evidenciando que esse é um segmento da população que também precisa de cuidados. Rodrigues e Braga (2002), ao relatarem a experiência do Programa Cuidando do Cuidador, desenvolvido no

Hospital Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará, elucidam que a necessidade desse programa surgiu para trabalhar aspectos da rotina técnica e emocional da equipe de saúde como, por exemplo, o estresse, a ansiedade e a qualidade de vida.

Nesse sentido, Fortuna (2003) afirma que “trabalhar na saúde revisa nosso modo de ser e de viver, nos reinaugura no instante em que nos coloca em contato com o modo de ser e de viver do outro: é que eles (os usuários) nos mostram pelas suas, as nossas dores” (p. IV). No entanto, notamos que o cuidado com o outro é um assunto que, por séculos, ocupa maior espaço nas discussões dessas práticas.

Ao olhar essa realidade, sempre ficam esses questionamentos: onde está quem cuida? Que lugar é dado a esses atores? É preciso considerar que esses atores são tão importantes quanto os outros envolvidos nessas relações. Enfim, inúmeras e complexas são as respostas, pois as relações de cuidado formam uma teia interacional que perpassa todo cotidiano de trabalho. Entendemos que, com as diversas possibilidades de caminhos, muitas vezes, os pesquisadores tendem segmentar ou limitar essas relações. Entretanto, refletir e discutir sobre as ações possíveis para tornar o relacionamento entre o cuidado e trabalho mais próximo requer o reconhecimento da importância que existe em pensar e agir nessa complexidade. As demais considerações podem conduzir a respostas e reflexões e também suscitar outras significações nas relações de cuidado.

Nessa direção, Nogueira-Martins (2003) destaca que há um considerável alívio e melhora nas condições do trabalho quando o profissional de saúde pode conhecer os motivos do comportamento do usuário, bem como os efeitos provocados por esse comportamento (angústia, raiva, impotência). Pode parecer

simples essa tarefa, mas a realidade do agir desses profissionais comprova o contrário, principalmente quando se aliam outros componentes: as relações interpessoais da equipe de trabalho e as relações entre o profissional e a instituição.

Ao adentrar nessa rede de relações, deparamo-nos com o desafio de como lidar com tais questões que nos convocam a refletir sobre a possibilidade de um viver mais saudável que privilegie todos os espaços de cuidado. No entanto, não enfrentar o desafio é correr o risco de postergar ainda mais as possíveis resolutividades nesse campo, além de tirar o mérito que o assunto merece.

2.3.2. O agir ético e técnico nas relações de cuidado

Mantendo a idéia das relações de cuidado, mais especificamente no campo da saúde mental, entendemos ser necessário conhecer e refletir acerca de como o cuidado da saúde mental dos profissionais de saúde vem sendo construído nos espaços institucionais de saúde e de educação. Para tanto, faremos um recorte das bases de conhecimento que são repassadas aos profissionais e como vivenciam o agir ético e técnico no cotidiano de trabalho.

No exercício profissional, os trabalhadores da saúde mental propõem-se acolher, escutar, intervir e cuidar do sofrimento do outro. Nesse processo há questões éticas fundamentais, sendo que a ética no campo da saúde remete à ética de cuidar da vida, ou seja, do outro e de nós mesmos (Silveira & Vieira, 2005).

Dessa maneira, assim que os profissionais tiverem consciência de que o cuidar de si é aliado ao cuidado com o outro, novas perspectivas podem surgir no agir ético. Para Foucault (1987, conforme citado por Lunardi, Lunardi-Filho, Silveira, Soares & Lipinski, 2004) “(...) quem cuida de modo adequado de si

mesmo, encontra-se em condições de relacionar-se, de conduzir-se adequadamente na relação com os demais” (p. 934).

O agir ético e técnico deve vir acompanhado desde a formação profissional, revelando a importância de se ter um compromisso com a profissão e com a comunidade que solicita os serviços. Afinal, a questão ética surge quando alguém se preocupa com as conseqüências que sua conduta tem sobre si mesmo e com o outro (Lunardi e cols., 2004; Nogueira-Martins, 2003).

Nogueira-Martins (2003) comenta que estar em contato direto com pessoas faz com que o profissional de saúde fique “diante de sua própria vida, saúde ou doença, dos próprios conflitos e frustrações” podendo, a falta de contato com essas ocorrências, levá-lo a “desenvolver mecanismos rígidos de defesa” (p. 1). Afirma ainda que, devido à submissão dos profissionais de saúde a tensões de diversas origens, a eles também devem ser dispensados cuidados, uma vez que “cuidar de quem cuida é condição *sine qua non* para o desenvolvimento de projetos e ações em prol da humanização da assistência” (p. 2).

Além disso, surgem outros questionamentos: como os profissionais de saúde estão sendo preparados nos seus cursos de graduação para lidar com as mobilizações de sentimentos no contato com o outro; para atuar em ambientes sociais ou instituições públicas; para atuar com equipe interdisciplinar?

Segundo Cerqueira (1996), no campo da saúde mental é possível notar ainda mais o distanciamento entre a assistência e o ensino, “onde uma série de propostas e novos dispositivos são pensados, construídos, mas seus profissionais, em sua maioria, continuam se formando nas velhas práticas” (p. 60). É preciso ensinar as bases teóricas, mas ao mesmo tempo introduzir novos cuidados e relações. As instituições de saúde públicas demonstram que “determinados modos adotados de

ser e fazer não apenas comprometem e prejudicam os profissionais, como, principalmente, comprometem o que se chama de cuidado aos clientes, a sua assistência à saúde” (Lunardi e cols., 2004, p. 934). Para os autores, o ser e o agir éticos perpassam pelas relações que o profissional estabelece consigo mesmo, além de outros fatores importantes, como nas seguintes situações:

“(...) pautando-se em valores, como o respeito à vida e ao ser humano, mas também articulado à relação com a profissão que exercemos, com as instituições nas quais atuamos, com os colegas trabalhadores e, por último, à ética nas relações com os clientes assistidos e cuidados, seja o indivíduo, sua família e/ou grupos sociais” (p. 934).

Na área da saúde mental, sabemos que muitos profissionais que nela se inserem nem sempre se encontram preparados para esse campo de atuação, pois, na maioria dos cursos de graduação, ainda se reforça a importância de conhecimentos técnicos, da impessoalidade e da objetividade, formando, muitas vezes, profissionais distanciados do processo de autoconhecimento, dos limites pessoais e da subjetividade.

Freitas (2002) enfatiza que “a defesa do autoconhecimento e do autocuidado como princípios do cuidado à saúde podem ser fertilizadores da educação para a saúde, contribuindo para que as pessoas elevem sua capacidade individual e coletiva de preservação da saúde” (p.1174).

Essas ações, sendo utilizadas desde a graduação, revelam medidas de atenção primária, significando um eficiente instrumento psicopedagógico de natureza preventiva, pois esse trabalho fará uma sensibilização ao jovem aluno em relação aos aspectos psicológicos envolvidos (motivações, idealizações do papel

de profissional e as dificuldades reservadas para a atuação do profissional). Nesse aspecto, Nogueira-Martins (2003) afirma:

“Para o estudante desenvolver apropriadamente sua tarefa de ‘cuidador’, nada melhor do que passar pela experiência de ser cuidado. Nesse sentido, é de extrema importância o apoio psicopedagógico oferecido pela própria instituição de ensino, isto é, a criação de um ambiente propício para a discussão de problemas relacionados aos sentimentos e reações que os estudantes têm em sua atividade assistencial, o respeito às dificuldades do aluno e o oferecimento de um modelo de profissional capaz de integrar habilidades técnicas e habilidades interpessoais” (p.7).

Dessa maneira, a preocupação com a saúde mental dos profissionais de saúde deve ser alvo de reflexões dos vários sistemas: institucional, educacional, associações de classe, dentre outros.

2.4. Trabalho e Saúde Mental

O espaço / tempo que o trabalho ocupa no dia-a-dia de muitas pessoas justifica a importância de discutir e refletir sobre este tema, afinal, grande parte das pessoas passa cerca de um terço da sua vida no trabalho. Desse modo, o trabalho torna-se também um fator essencial na construção social da identidade. Assim, tomando-se por base as diversas relações (objetivas e subjetivas) que se estabelecem no ambiente laboral, há um reflexo na prática e atuação profissional, conseqüentemente, nas relações familiares e sociais. Nesse sentido, Filho (2000)

declara que “(...) o trabalho é um acontecimento social construtor da identidade (...) como processo de individuação e subjetivação” (p. 7).

Diversos autores afirmam que o trabalho pode ser um desencadeador de saúde ou de doença, de bem-estar e de prazer, e até mesmo de desestruturação mental e *loucura* (André & Duarte, 1999; Dejours, 1987; Lunardi & Lunardi Filho, 1999; Patrício, 1996; Ramos, 1997). Então, a prática laboral depende da relação estabelecida entre o indivíduo e o trabalho, podendo ser vivenciada como “indesejada, labuta penosa e humilhante” ou, ao contrário, pode ser “algo que dá sentido à vida, que eleva o *status*, define a identidade pessoal e impulsiona o crescimento humano” (Rodrigues, 1991, conforme citado por Migott, 2001, p. 30).

O conceito de saúde mental é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social” (2001, p. 28) e acrescenta:

“Os conceitos de saúde mental abrangem, dentre outras coisas, o bem-estar subjetivo, a auto-eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa. Por uma perspectiva transcultural, é quase impossível definir saúde mental de uma forma completa” (p. 29).

Essa afirmação reflete a importância do reconhecimento da saúde mental e a complexidade que o assunto requer, principalmente quando tentamos relacionar saúde mental e trabalho. No entanto, mesmo com as dificuldades, a relação saúde e trabalho vem sendo alvo de estudos de vários pesquisadores no

decorrer da história. Vasques-Menezes (2004) faz uma breve síntese histórica de alguns estudos que contribuíram nessa área:

“Ramazzini, no século XVII, apontava para a importância de se saber a ocupação e condição social do paciente para entender o seu adoecimento (Ramazzini, 1700). Pinel ressaltava a importância da observação cuidadosa dos sintomas, quer para a classificação, quer para o desenvolvimento de uma terapêutica, e se embasava na psicodinâmica das relações entre o físico e o moral, levando em consideração aspectos diversos da vida do doente (Beauchesne, 1986). Freud, no início do século XX, em *O mal-estar da civilização*, menciona a relação entre saúde mental e trabalho. Winnicott (1971) discutiu a relação do adulto com o seu trabalho como semelhante à relação da criança com o brincar, no sentido de experimentação e inserção no mundo” (p. 34 - grifos da autora).

Vários foram os estudos e pesquisas realizados para tornar possível a implantação das mudanças que privilegiassem o cenário da saúde do trabalhador. Para Vasques-Menezes (2004), a transformação de doenças do trabalhador para doenças do trabalho representa um importante marco, passando a reconhecer o meio laboral como um fator de adoecimento, excluindo a responsabilidade do trabalhador e responsabilizando o trabalho. Contudo, seguir somente essa linha de pensamento pode tornar o processo de adoecimento impessoal, afastando o trabalhador de sua identidade individual e inserindo-o em categorias e dados epidemiológicos, “destituindo-o de seu contexto e de sua historicidade” (p. 22).

Assim, a categoria trabalho apresenta-se como um fator relevante na saúde mental do indivíduo e, como foi visto, atua como fonte de saúde-doença, prazer-sofrimento, satisfação-insatisfação, dentre outras. Nesse sentido, a análise do trabalho perpassa não somente pela organização do trabalho, mas também pela multiplicidade das relações objetivas e subjetivas que se estabelecem no cotidiano da relação trabalho-trabalhador.

2.4.1. A saúde mental de quem trabalha em saúde

Os papéis e funções sociais que os profissionais de saúde ocupam em sociedade refletem claramente a figura do cuidador. Atributos como curar, escutar, acolher, compreender, doar, proteger, são, entre outros, os comportamentos que a maioria das pessoas espera desses profissionais, ou melhor dizendo, do *cuidador*.

O trabalho no contexto da saúde é caracterizado pelo predomínio do cuidado às pessoas. O cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde é permeado por dores, perdas e angústias, o que pode gerar, na execução de suas atividades profissionais, sofrimentos e desgastes físicos e mentais (Lunardi & Lunardi Filho, 1999).

O ato de cuidar envolve doação, atenção e dedicação, além de outro componente fundamental que se insere no trabalho dos profissionais: responsabilidade. Além disso, Codo (2000) ressalta que no trabalho há também o envolvimento afetivo e que, nos casos dos profissionais de saúde e educação, esse envolvimento fica mais complicado, pois existem a vinculação (afetividade) e as atividades ligadas às regras e horários a serem cumpridos. Ou seja, um conflito

entre o envolver-se e não envolver-se vai estabelecendo o dia-a-dia desses profissionais.

Vasques-Menezes (2004) também traz considerações importantes sobre a tensão gerada pelo envolvimento afetivo. Esclarece que cada trabalhador encontra formas de resolver essa tensão e que, dependendo da instituição e das relações que são desenvolvidas no trabalho, as alternativas encontradas podem ser satisfatórias ou, ao contrário, podem levar a desistências e ao adoecimento.

Tittoni (1994) argumenta que os significados e experiências que cada trabalhador adquire no seu ambiente demonstram “a dimensão subjetiva do trabalho, a qual se traduz como uma força de expressão que tem no sujeito sua matriz, ou seja, ela elucida as formas de como o sujeito se expressa e significa as experiências que compõem sua vida e seu cotidiano de trabalho” (p. 20). A autora ainda ressalta que para analisar o efeito do trabalho na vida dos trabalhadores e a sua subjetividade, é preciso considerar também os aspectos objetivos que definem o contexto socioeconômico e cultural. Por esse motivo, “deve-se considerar que a dimensão subjetiva está sempre marcada por essa experiência concreta que está marcada pelas formas de organização da sociedade na qual está inscrita” (p. 170).

Assim sendo, podemos afirmar que o atual cenário profissional no campo da saúde mental, principalmente no âmbito das instituições públicas e assistenciais, encontra-se com algumas das seguintes dificuldades:

- Y dupla / tripla jornada de trabalho;
- Y baixa remuneração;
- Y condições de trabalho (físicas e materiais) precárias;
- Y contato freqüente com a dor e sofrimentos dos usuários;

- Y usuário e/ou familiares difíceis: queixosos, rebeldes e não aderentes ao tratamento, hostis, cronicamente deprimidos, etc;
- Y precariedade e limitações da rede de apoio / assistência que se contrapõe às demandas e expectativas dos usuários e familiares;
- Y dificuldades e conflitos nas relações interpessoais de trabalho e na atuação interdisciplinar da equipe.

Com base nessas considerações, o trabalho pode ser fonte de sofrimento e angústias, o que faz o profissional buscar o equilíbrio psíquico utilizando estratégias que evitem esses sofrimentos. Mendes e Morrone (2002) informam que essa dinâmica revela a busca pela saúde psíquica e esclarecem que não é a simples existência “do prazer ou do sofrimento indicadores de saúde, mas a diversidade das estratégias que podem ser utilizadas pelos trabalhadores para fazer face às situações geradoras de sofrimento e transformá-las em situações geradoras de prazer” (p.27).

Migott (2001) acrescenta ainda as considerações que Dejours faz em relação ao trabalho e saúde mental:

“Dejours (...), em 1982, afirmou que o trabalho tem um papel fundamental na vida e, portanto, na saúde dos indivíduos; logo, é importante determinar o que, no processo de trabalho, atinge a saúde mental dos indivíduos. O autor foi taxativo ao afirmar que a organização do trabalho, que inclui a divisão das tarefas, o seu conteúdo e a divisão dos homens para obedecer à divisão de tarefas, é responsável pelo sofrimento mental do trabalhador” (p. 28).

A organização do trabalho envolve as condições físicas e materiais de realização e divisão das tarefas, além das relações que são estabelecidas no ambiente laboral. Nesse contexto, encontram-se diferentes interações que dão significado psíquico e podem facilitar, ou não, as vivências de prazer-sofrimento do trabalhador.

Outro ponto relevante a considerar são os estudos que Le Guillant (1984, conforme citado por Lima, 2004) realizou no campo da Psicopatologia do Trabalho. Para este autor, os quadros clínicos desenvolvidos nos trabalhadores pelas condições de trabalho envolvem diversos fatores psicossociais. Logo, ressalta-se importância de articular as condições sociais, as condições de trabalho e os fatos clínicos preservando o indivíduo na sua singularidade (Lima, 2004).

Lima (2004) revela o seguinte sobre Le Guillant:

“(...) ele soube compreender como ninguém a forma pela qual os determinantes sociais e individuais se articulam na gênese das doenças, superando a dicotomia entre subjetividade e objetividade, entre singular e coletivo. (...) A explicação para o problema não se encontra, nem nos dados de personalidade, nem naqueles advindos do contexto social, considerados isoladamente, mas sempre nas formas pelas quais eles se articulam, construindo uma trama complexa que se traduz, em última instância, na trajetória do indivíduo” (p. 154 e 155).

Como visto, a maioria das dificuldades e sofrimentos enfrentados nas situações de trabalho envolve a interação de características subjetivas e objetivas na relação trabalho-trabalhador. Dessa maneira, fica clara a complexidade

existente no sentido da resolutividade de todas as relações que estão inseridas no contexto de trabalho.

2.4.2. Sofrimento psíquico dos profissionais de saúde

O mercado de trabalho atual gera condições e exigências que rotinizam e amortecem o significado do trabalho e até mesmo o sentido da vida. O desemprego, as condições de trabalho, a remuneração, a competitividade, as relações de poder, entre muitos outros fatores, favorecem as tensões e estresses que passam a se instalar no cotidiano de vários trabalhadores.

Através das pesquisas e estudos atuais (Benevides-Pereira, 2001; Campos, 2005; Fraga, 1997; Machado, 2006; Madalosso, 2001; Migott, 2001; Nogueira-Martins, 2002; Ramos, 1997), podemos perceber que há um crescente sofrimento psíquico presente nos profissionais em geral, principalmente nos de saúde. Estes, muitas vezes, parecem não estar preparados para atuar em ambientes que exigem cotidianamente relações sociais e afetivas, já que o instrumento de trabalho é o próprio ser humano. No entanto, sabemos que existe historicamente uma preocupação maior em dispensar atenção à saúde mental da população e, assim, a saúde mental dos profissionais de saúde (cuidadores) é deixada à mercê do tempo, quando não é realmente esquecida. Essa atitude pode contribuir para que os trabalhadores sintam descrença e desânimo com a escolha profissional ocasionando, algumas vezes, o sofrimento psíquico e o adoecimento.

Nos estudos de Costa (2006), o sofrimento psíquico é apontado como um fenômeno existencial humano, sendo assim relacional e dinâmico, contendo peculiaridades e contextos próprios para sua manifestação. Para esse autor, o sofrimento pode se revelar nos indivíduos e/ou relações, e o que difere esse

sentimento é a intensidade que é vivenciada em cada pessoa, podendo, as crises mais intensas, serem denominadas de sofrimento psíquico grave.

Dejours (1987), por sua vez, esclarece que o sofrimento psíquico presente nos trabalhadores permanece praticamente não analisado. Esse silêncio revela as dificuldades desta discussão, sendo esse terreno considerado complexo, pois leva às questões ligadas à subjetividade do indivíduo.

Para Mendes (2004), o sofrimento no trabalho é uma vivência individual e/ou compartilhada, muitas vezes inconsciente, de experiências dolorosas como angústia, medo e insegurança; pode ser investigado por meio de diversos indicadores, dentre os quais se destacam o desgaste, sentimentos de desânimo, cansaço, ansiedade, frustração, tensão emocional, sobrecarga e estresse no trabalho.

Campos (2005) descreve as dificuldades de lidar com os sofrimentos que estão inseridos na área da saúde:

“Lidar com sofrimento implica, muitas vezes, reviver momentos pessoais de sofrimento. Implica se identificar com a pessoa que sofre e sofrer junto com ela. Ou seja, conviver com sofrimento gera sofrimento. É impossível ficar incólume, por exemplo, se atendemos uma criança com câncer e temos em casa um filho com câncer. Como é difícil suportar a proximidade com alguém que tem rosto drasticamente deformado; que tem doença contagiosa; que vomita diante de nós ou comporta-se de modo bizarro; (...) que definha com câncer ou que acabou de perder um ente querido” (p. 34).

No campo da saúde mental, podemos acrescentar, pela nossa experiência na atuação em CAPS, a angústia em notar alguns usuários sendo estigmatizados pela sociedade e até mesmo por alguns profissionais; a família desistindo do tratamento e, o que é pior, do usuário; a falta de comprometimento da rede social. As nossas dificuldades em lidar com as crises psicóticas; em ver o usuário tendo recaídas e nos sentir impotentes diante desses quadros; em nos colocar no lugar do usuário, compreender seus desejos e fantasias; em sentir a indiferença a que são submetidos; em tentar compreender seus pensamentos aparentemente caótico; dentre outros.

Nesse contexto, Fraga (1997), em sua pesquisa sobre repercussões subjetivas do atendimento a psicóticos, pontua que o reconhecimento da loucura como possibilidade intrínseca à existência do homem, na maioria das vezes, ultrapassa os esforços profissionais de compreensão e resolução dos impasses que ela causa na vida das pessoas. Por isso não impede que muitas sensações, diante da doença, sejam sentidas pelo profissional como fracasso pessoal.

O cotidiano do profissional de saúde mental é permeado por cobranças e expectativas que giram em torno da *cura* do usuário. Em alguns casos, principalmente nos primeiros anos de experiência profissional, essas exigências geram angústias, deixando-o diante do sentimento de impotência, incerteza e fracasso. Acrescenta-se a isso o contexto institucional, a organização do trabalho, as relações interpessoais da equipe. Tem-se, dessa forma, um parâmetro geral sobre o sentir e o agir desses trabalhadores.

Juntamente com o sofrimento psíquico podem estar as estratégias defensivas que são utilizadas no cotidiano de trabalho. A utilização das estratégias defensivas é uma das formas de se enfrentar o sofrimento; podem ser

inconscientes e visam evitar o aspecto doloroso ‘sendo difícil o confronto e a convivência com este sentir para a manutenção do equilíbrio psíquico, que requer a proteção do ego contra os conflitos que se encontram na base do sofrimento’ (Mendes & Morrone, 2002, p.33).

É importante ressaltar que as defesas amenizam o sofrimento, mas não o eliminam e também não são permanentes. As estratégias defensivas mais utilizadas pelos trabalhadores são a racionalização, a passividade, o individualismo / isolamento, a impessoalidade no contato com o paciente, a valorização dos procedimentos técnicos, entre outros (Seligman-Silva, 1994).

Para Mendes e Morrone (2002), as defesas contra o sofrimento têm papel contraditório:

“De um lado, elas são necessárias para manter o equilíbrio psíquico; de outro, podem levar a um imobilismo e alienação. Nesse sentido, a luta pelo prazer deve sobrepor-se à utilização das defesas, constituindo uma alternativa para a estabilidade psíquica, à medida que possibilita ao trabalhador firmar-se enquanto sujeito, por meio do reforçamento da sua identidade pessoal e profissional” (p.37).

Dessa forma, o equilíbrio psíquico, aliado a outros componentes do trabalho, é também relevante para um viver mais saudável dos profissionais de saúde. André e Duarte (1999) enfatizam que somente o trabalho não garante harmonização subjetiva, que os ganhos obtidos no trabalho de nada valem se o emocional entrar em desequilíbrio. Desse modo, “a auto-imagem estruturada no e pelo trabalho esconde muitas situações significativas pelo seu duplo papel com

reflexo profundo na vida, expresso em sofrimento e desgaste biopsíquico” (p. 370).

Escolher e atuar como um profissional de saúde é tão complexo quanto o próprio vivenciar esse contexto de trabalho. Pensar que os sofrimentos e angústias do cotidiano desses profissionais estejam ligados somente às formas de funcionamento das instituições e organizações fica tão limitado como pensar que esses sofrimentos advêm somente das relações cuidado-cuidador.

Autores, como os mencionados a seguir, entre outros, indicam que há uma rede que envolve todas essas dimensões: organização do trabalho, subjetividade, cuidado, instituições. Voltar a atenção para a complexidade dessas relações permite ver a globalidade desses contextos e as interações desses sistemas. Ao tentar reduzir esses sistemas, corre-se o risco de perder relações que são significantes nos contextos desses profissionais. Portanto, vários aspectos devem ser levados em consideração com o intuito de compreender a vivência do sofrimento e o significado deste para os profissionais.

Dejours (1987) defende que a organização do trabalho é responsável pelo sofrimento mental do profissional. Tittoni (1994) foca mais a temática subjetividade e procura analisar o sofrimento baseando-se nas experiências e vivências que cada pessoa adquire no ambiente de trabalho. Autores como Lima (2004) e Vasques-Menezes (2004) levam em consideração tanto a organização do trabalho, quanto a subjetividade, não descartando a importância de cada fator; defendem um modelo de análise mais complexo, o que parece mais apropriado por não fragmentar aspectos relevantes e por ser um modelo mais completo e abrangente (psicossocial) para o ser humano.

2.4.3. Possibilidades do encontro entre a clínica e o trabalho

O desejo e a preocupação do encontro entre a clínica e o trabalho surgiram nas leituras realizadas durante o curso deste mestrado. Ratificando essa idéia, Codo (2004) diz que o “trabalho é sempre prenhe de subjetividade, portanto, carece da lógica clínica; e a clínica, por sua vez, está condenada a caminhar por onde o ser humano se torna humano, e isto envolve necessariamente o trabalho” (p.8).

Como vimos nos capítulos anteriores, o trabalho implica riscos para a saúde mental dos profissionais e isso também representa a relevância que este assunto possui. Esta temática é pouco discutida entre a psicologia clínica e a psicologia do trabalho. No entanto, podemos observar que a distância entre essas importantes áreas do saber pode acabar segmentando partes valiosas para a contribuição de estudos e projetos relacionados ao tema trabalho.

Para Vasques-Menezes (2004), a psicologia clínica pouco tem contribuído para prevenção e intervenção na área da saúde do trabalhador, especificamente no espaço do adoecimento. A autora trouxe importantes reflexões na sua constatação de que existe uma ausência da categoria trabalho nas áreas de atenção à saúde do trabalhador.

Tavares (2004) considera que

“Parte da dificuldade de integrar as visões da psicologia clínica e do trabalho está em superar a dicotomia estabelecida por uma visão parcial que externaliza a fonte de problemas pessoais e a coloca nas relações sociais, mais especificamente, no trabalho, constraposta por outra visão

parcial que coloca a fonte de problemas no sujeito, em sua história ou estrutura” (p. 54).

Assim sendo, as fontes de sofrimento psíquico e adoecimento no trabalho agem, em geral, de forma integrada, ora mais ligadas a aspecto objetivo, ora mais intensificadas no subjetivo. Os fatores objetivos estão relacionados à praticidade e ao exercício laboral na organização do trabalho, ou seja, como são vivenciadas a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, o sistema hierárquico, as relações de poder, as questões de responsabilidade. Tais fatores influenciam o funcionamento psíquico e também estão conectados aos processos subjetivos. No entanto, nesse contexto há uma crença no sentido de que, com a mudança de realidade do trabalho, as dificuldades e sofrimentos são resolvidos e o trabalho passa a ser novamente fonte de prazer. Já os fatores subjetivos estão relacionados às vivências e aos sentimentos que os profissionais possuem em relação à prática laboral. O sofrimento psíquico é visto como risco que compromete o físico, o emocional, as relações afetivas e sociais, interferindo em toda a vida do trabalhador. Por isso, somente a transformação da realidade do trabalho não é o bastante.

Não há um fator único que explique o sofrimento psíquico dos profissionais de saúde, mas sim uma série de fatores objetivos e subjetivos que, combinados, expressam as insatisfações, as dificuldades e os sofrimentos que se fazem presentes no cotidiano de trabalho.

Desse modo, a integração da psicologia clínica e do trabalho vem contribuir para uma visão mais ampliada do ser humano. É preciso levar em consideração os aspectos estruturais como também as relações estabelecidas no trabalho e no mundo social. Logo, é pertinente e necessário o encontro entre

psicologia clínica e trabalho, tanto pelas contribuições que ambas as áreas podem oferecer, quanto pelo melhor desenvolvimento de projetos e ações que tornem mais completo e integrado um viver saudável dos profissionais de saúde. Vasques-Menezes (2004) acrescenta que a “cura mais feliz poderia aqui ser (...) a inclusão dos contextos social, econômico, psíquico e biológico do sujeito” (p. 41).

2.4.4. Políticas públicas em saúde mental do trabalhador

A tarefa de criar estratégias e qualificar a saúde dos trabalhadores é complexa e implica decisões de várias instituições e órgãos competentes. A garantia por melhores condições de trabalho e de saúde mental revela os dilemas e desafios enfrentados pelos diferentes atores sociais envolvidos com a construção de políticas públicas para a área de saúde do trabalhador.

Atualmente vive-se em um momento em que as condições de trabalho e saúde apresentam precarização e intensificação. Isso se deve às mudanças tecnológicas e organizacionais, aumentando a jornada de trabalho, os contratos temporários, o sucateamento salarial, alterando as relações trabalho-trabalhador e, conseqüentemente, ocasionando o sofrimento e adoecimento.

O Ministério da Saúde elaborou uma Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, publicada na Portaria/MS nº 1.339/1999. Essa lista foi também adotada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), regulamentando o conceito de doença profissional e de doença adquirida pelas condições em que o trabalho é realizado. Em 2001 o Ministério da Saúde (MS) publicou o livro *Doenças Relacionadas ao Trabalho – Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde*. Essa obra mostra o esforço que vem sendo empreendido pelo Ministério da Saúde, por meio da Área Técnica de Saúde do Trabalhador (COSAT/MS), no

sentido de cumprir a determinação constitucional de dar atenção à saúde do trabalhador, atendendo aos princípios de universalidade, equidade, integralidade e controle social que regem o Sistema Único de Saúde (SUS).

Na década de 1980, o modelo de atenção à saúde do trabalhador passou a ser instituído na rede pública, sendo denominado de Programa de Saúde do Trabalhador e buscou construir uma atenção diferenciada para os trabalhadores e um sistema de vigilância em saúde. Algumas das estratégias foram as implantações de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) que hoje apresentam algumas dificuldades na sua atuação: falta de tradição, familiaridade e conhecimento dos profissionais do sistema com a temática da saúde-doença; falta de bibliografia especializada; não-reconhecimento das atribuições do SUS no tocante às ações de vigilância dos ambientes de trabalho; falta de informações adequadas sobre os agravos à saúde relacionados ao trabalho; pouca participação dos trabalhadores. Enfim, falta de integração construtiva na qual trabalhadores e técnicos da saúde procurem compreender a complexidade da situação da saúde do trabalhador em conjunturas e espaços específicos objetivando traçar estratégias comuns para superar as dificuldades (Ministério da Saúde, 2001).

Para Vasques-Menezes (2004), uma das razões para essas ações ainda se encontrarem desarticuladas seria o fato de existirem três Ministérios Sociais encarregados do atendimento aos problemas e dificuldades da saúde do trabalhador: Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência e Assistência Social e o Ministério da Saúde. Ressalta também que existe o setor acadêmico-científico, com realização de pesquisas e produção de conhecimentos, mas que nem sempre são aliados às ações de saúde-trabalho. Conclui que, “apesar

da complementaridade de objetivos prevista nos vários segmentos, as ações decorrentes mostram-se desarticuladas e improdutivas” (p. 29).

O Ministério da Saúde, como mencionado, possui a missão institucional de coordenar e formular a implementação das políticas de proteção à saúde dos trabalhadores. Para isso conta com a Coordenação de Saúde do Trabalhador, que está subordinada à Secretaria de Atenção à Saúde. Tem como encargo garantir uma rede eficiente de atenção aos trabalhadores, contando com os seguintes dispositivos: capacitação técnica das equipes de atenção à saúde do trabalhador; disponibilidade de instrumentos para o diagnóstico e estabelecimento de nexo/causa entre adoecimento e problemas de trabalho; disponibilidade de bibliografia especializada; coleta e análise das informações sobre os agravos à saúde relacionados ao trabalho nos sistemas de informação em saúde e sobre sua ocorrência na população trabalhadora no setor informal, não segurada pela Previdência Social; definição de mecanismos claros e duradouros para o financiamento das ações em saúde do trabalhador (Ministério da Saúde, 2001).

Com relação ao campo da política de saúde mental, os princípios e diretrizes preconizam a valorização da importância do trabalhador de saúde mental na produção do ato de cuidar. Para isso, no Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental no ano de 2002, foram discutidos os instrumentos para construção e consolidação de uma política adequada de recursos humanos que fosse coerente aos princípios da Reforma Psiquiátrica. Essas ações são necessárias e devem garantir aos profissionais os seguintes programas estratégicos (p. 67):

Y capacitação e qualificação continuada, através de criação de fóruns e dispositivos permanentes de construção teórica, científica, prática terapêutica e de intercâmbio entre serviços;

- Y remuneração justa aos profissionais;
- Y garantia de condições de trabalho e de planos de cargos, carreira e salários;
- Y democratização das relações e das discussões em todos os níveis de gestão, contemplando os momentos de planejamento, implantação e avaliação;
- Y garantia de supervisão clínica e institucional;
- Y avaliação de desempenho e garantia da jornada de trabalho adequada para todos profissionais de nível superior, bem como a isonomia salarial entre eles;
- Y desenvolvimento de estratégias específicas para acompanhar e tratar da saúde mental dos trabalhadores de saúde;
- Y criação de programas de saúde mental no âmbito da administração municipal para os funcionários e servidores portadores de sofrimento psíquico.

Após essas recomendações de promoção e qualificação da rede de atenção psicossocial, destacadas na referida Conferência, foi realizado o Congresso Brasileiro dos CAPS no ano de 2004 e a avaliação nacional dos CAPS, em 2005. Seguidos esses eventos identificou-se a ausência de acompanhamento e supervisão clínico-institucional, bem como a necessidade de qualificação desses profissionais.

Desse modo, em 7 de julho de 2005 foi publicada pelo Ministério da Saúde a Portaria nº 1174/GM que destinou o incentivo financeiro emergencial para a implantação do Programa de Qualificação dos CAPS e Gestão dos CAPS. No segundo artigo constam as ações que devem ser estabelecidas no referido

Programa: a) supervisão clínico-institucional regular (semanal); b) ações de atenção domiciliar e em espaços comunitários; c) ações de acompanhamento integrado com a rede de atenção básica em seu território de referência; d) realização de projetos de estágio e de treinamento em serviço, em articulação com centros formadores; e) ações de integração com familiares e comunidade; f) desenvolvimento de pesquisas que busquem a integração entre teoria e prática e a produção de conhecimento, em articulação com centros formadores. Para a realização da supervisão clínico-institucional ficou definido que devem ser feitas por profissionais de saúde mental externos ao quadro de profissionais dos CAPS, com comprovada habilitação teórica e prática.

Como podemos ver, existem programas e projetos já ratificados no campo das políticas públicas para os trabalhadores de saúde, mas parece haver ainda uma lacuna entre a realidade prática das ações e as necessidades detectadas. Por isso, é pertinente o questionamento sobre os espaços que são destinados aos *cuidadores* profissionais de saúde: como estão sendo construídos? Por que não vêm sendo implantados de modo eficaz?

Ramminger (2005), em sua pesquisa realizada sobre os trabalhadores de saúde mental, verificou a existência de poucas ações voltadas à saúde do servidor público e falta de políticas públicas organizadas para esse setor. Assim, justificou que o não-investimento nessa área reflete nos atendimentos desses serviços, ficando somente ao encargo de cada gestor o funcionamento e o acolhimento das questões relacionadas à saúde no trabalho.

III. Os caminhos:

Apresentando o percurso metodológico

Após clarear e definir a problemática do estudo, buscamos na literatura uma metodologia que pudesse atender aos questionamentos e reflexões feitos sobre a qualidade das relações de cuidado dos profissionais de saúde, bem como as responsabilidades institucionais e pessoais ligadas à saúde mental dos trabalhadores. Percorremos caminhos possíveis de relacionar discussões sobre as vivências profissionais no campo da saúde mental e as práticas de cuidado implantadas no trabalho, além de um espaço que possibilitasse inserir diversas categorias profissionais para uma transformação qualificada da realidade.

Dessa maneira, de acordo com a temática e os objetivos já traçados, este trabalho comporta eminentemente um estudo de abordagem qualitativa. No entanto, durante a análise dos dados, tendo em vista a quantidade do material obtido e a seleção das categorias, foi feita também a análise da frequência dessas categorias de cunho quantitativo, com o objetivo de selecionar as ocorrências mais recorrentes nos discursos dos participantes. Nesse sentido, Minayo (1992) nos ensina que

“(...) metodologia é o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade, incluindo as concepções teóricas da abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e, também, o potencial criativo do pesquisador. A pesquisa faz a combinação particular entre teoria e dados” (p. 22).

Para o percurso metodológico, os estudos de René Barbier (2002) nos apresentou a opção da pesquisa-ação e declara que para os pesquisadores essa metodologia possui um duplo objetivo: modificar a realidade e produzir conhecimentos relativos a essas transformações. Com isso, os pesquisadores e participantes se envolvem de modo cooperativo e participativo e são representantes da pesquisa realizada: “não se trabalha *sobre* os outros, mas sempre *com* os outros” (p. 15 – grifos do autor). Há uma contínua interação entre o pesquisador e o participante; o pesquisador *implica-se* na estrutura social em que se insere e também leva contribuições suas para novas reflexões e práticas.

A estratégia utilizada para realização da pesquisa-ação foram os grupos operativos de reflexão. A opção se deu por acreditarmos na possibilidade de inserção de várias categorias profissionais nesses grupos, o que contribuiu para um espaço maior de trocas e reflexão. O interesse foi o de refletirmos sobre a realidade das relações de *(des)cuidado* vivenciadas pelos profissionais de saúde e suas implicações no cotidiano de trabalho. Para tanto, tomou-se por base a compreensão dos significados dessas vivências através dos encontros com os grupos de profissionais de saúde, trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial da cidade de Goiânia – Go.

3.1 A Pesquisa-Ação

Por definição a pesquisa-ação visa à mudança na realidade concreta com atuação social efetiva, valorizando a interação entre pesquisadores e participantes das situações investigadas, sendo um instrumento de trabalho com grupos, instituições, coletividades de pequeno ou médio-porte.

A pesquisa-ação está centrada no agir, através de uma metodologia exploratória, tendo seus objetivos definidos no campo de atuação pelo pesquisador e pelos participantes. Seus resultados estão vinculados à tomada de consciência dos fatores envolvidos nas situações de vida imediata e na participação coletiva para a mudança da ordem social. Thiollent (1996) ressalta que podem existir outros objetivos, a depender do tempo ou alguma outra limitação:

“Encontramos outras situações nas quais os objetivos são voltados para a tomada de consciência dos agentes implicados na atividade investigada. Nesse caso, não se trata apenas de resolver um problema imediato e sim desenvolver a consciência da coletividade no plano político ou cultural a respeito dos problemas importantes que enfrenta, mesmo quando não se vêem soluções a curto prazo (...). O objetivo é tornar mais evidente aos olhos dos interessados a natureza e a complexidade dos problemas considerados” (p. 18).

Geralmente os pesquisadores que utilizam a pesquisa-ação recorrem a métodos e técnicas de grupos para lidar com a dimensão coletiva e interativa da investigação, podendo ser utilizadas técnicas de registros, de processamento e de resolução de problemas. Em relação à parte informativa da investigação são indicadas técnicas didáticas, de divulgação ou comunicação (Barbier, 2002).

Thiollent (1996) também salienta que a pesquisa-ação não é constituída apenas pela ação ou participação, mas também pela necessidade de produzir conhecimentos que contribuam para avanços e discussões acerca do assunto abordado. Por isso, parte da informação precisa ser divulgada na área do estudo da

população que dela participou, e outra parte estruturada na área do conhecimento científico, fornecendo dados para realização de outras pesquisas.

No que se refere às dificuldades enfrentadas no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde envolvendo as relações de (des)cuidado, levando em consideração os princípios da pesquisa-ação e da abordagem qualitativa, percebermos a possibilidade de melhor compreensão e interpretação dos fatores que interferem nessas relações, assim como os significados dessas vivências. Esses momentos podem proporcionar o desenvolvimento de ações e planejamentos, avaliações e intervenções voltadas para a realidade estudada.

A pesquisa-ação possui algumas fases para sua realização. No entanto, Thiollent (1996) salienta que, ao elaborar uma investigação utilizando a pesquisa-ação, não é necessário seguir essas fases rigidamente ordenadas, pois cada proposta de trabalho tem um tempo determinado de ações. Logo, algumas dessas fases podem ser omitidas ou adicionadas para adequação de cada pesquisa.

A seguir apresentamos, sucintamente, os estágios da pesquisa-ação preconizados por Thiollent (1996) e os procedimentos utilizados na investigação deste estudo; passo a passo:

Y Fase exploratória – consiste em descobrir o campo da pesquisa, os interessados e suas expectativas; é um primeiro levantamento da situação e de eventuais ações. Permite detectar os apoios e resistências, fazendo um balanço da viabilidade do estudo.

Decidido o tema, o primeiro passo foi o contato com a bibliografia acerca do tema, os pressupostos teóricos, as pesquisas já realizadas. Depois, buscamos contato com pessoas ligadas à reforma psiquiátrica para obter informação sobre suas experiências em relação aos cuidadores, profissionais de

saúde trabalhadores de CAPS. Em seguida, procuramos a Divisão de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, com o objetivo de estabelecer uma conversa inicial para verificar a preocupação institucional com os profissionais e a avaliação que eles apresentavam a respeito da realidade da saúde mental desses profissionais. Foi-nos indicada uma lista de CAPS. Os três primeiros CAPS foram contatados para apresentarmos a proposta de pesquisa aos gestores da unidade e ver a possibilidade de realizar uma reunião com toda equipe para identificar quais profissionais estariam interessados em participar da investigação. Nos três CAPS procurados inicialmente, os gestores e profissionais aceitaram participar da pesquisa, por isso, e considerando a necessidade de delimitação de um universo factível, não foi feito contato com outras unidades.

Em princípio, pensamos nas dificuldades em encontrar gestores ou profissionais que fossem se disponibilizar a fazer os grupos, logo, o contato inicial com três CAPS, pois tínhamos como proposta realizar a pesquisa em duas unidades. No entanto, como todas as unidades autorizaram que alguns profissionais participassem da investigação, o desafio e o desejo de um estudo mais amplo, que pudesse privilegiar mais participantes e realidade diferentes, foi encampado.

Y Levantamento de objetivos – após o levantamento de todas as informações iniciais, os pesquisadores e participantes em conjunto estabelecem os principais objetivos da pesquisa. Os objetivos dizem respeito aos problemas considerados como prioritários no campo de observação, aos atores e ao tipo de ação que será focalizada no processo de investigação.

Primeiramente foi feita uma reunião com toda equipe de profissionais do CAPS. Foi apresentado o roteiro da pesquisa (Anexo 1), no qual constavam o tema, os dados pessoais da pesquisadora principal, os dados do orientador, a instituição acadêmica a que estava vinculada, os objetivos gerais e específicos da pesquisa, bem como um breve relato da metodologia que seria utilizada. Logo após a apresentação, foram levantadas as dúvidas e em seguida a solicitação de quais profissionais se interessaram em participar dos grupos. Foi solicitado também que, se possível, deveria participar da investigação pelo menos um representante de cada categoria profissional. Então, uma lista foi passada para que os interessados a assinassem, indicando também profissão e telefone para contato. Nesse mesmo dia, foram definidos com os profissionais data e horário para o primeiro encontro do grupo, para que pudéssemos traçar os objetivos e planejamentos da investigação.

Assim, foi definido com cada grupo o planejamento dos encontros, horário, duração, quantidade desses encontros, como poderiam ser feitos os registros, quais os instrumentais técnicos que melhor se adequavam ao estudo, além do levantamento do objetivo final dos encontros. Vale ressaltar que essas decisões e planejamento foram feitos em um processo conjunto entre pesquisadora e participantes.

Y Apreciação da pesquisa pelos participantes – assim que os pesquisadores e os interessados na pesquisa chegam a um acordo sobre os objetivos e os problemas a serem examinados, tem início a constituição dos grupos que conduziram a investigação e o conjunto do processo.

Organizada a constituição de todos os grupos, isto é, depois das decisões tomadas no primeiro encontro, foi feito um cronograma de acordo com planejamento de cada grupo, que foi repassado e aprovado por todos para que pudéssemos começar a investigação.

Y Seleção de métodos e técnicas de pesquisa - é a escolha do procedimento a ser utilizado, ou seja, como fazer e porquê fazer de um determinado jeito. É importante saber por que usar tal método ou técnica, qual tipo de informação aquele método ou aquela técnica permite obter. Nessa etapa procura-se identificar a população a ser investigada (e a amostra), de acordo com a metodologia adotada.

Foram formados três grupos, com representantes de diferentes categorias profissionais: arteterapia, artista plástica, assistente social, enfermagem, musicoterapia, professor(a) de educação física, psicologia e psiquiatria, totalizando 22 profissionais nos três grupos.

O instrumento selecionado para o desenvolvimento da pesquisa-ação com os profissionais foi o grupo operativo de reflexão, e as técnicas definidas entre pesquisadora e participantes foram as leituras de textos relacionados ao tema *Saúde Mental dos Profissionais de Saúde*, seguidos de discussões, reflexões e questionários com a presença de todos os participantes. Outra técnica foi a utilização de dinâmica grupal e vivências que possibilitassem a reflexão em torno da atuação profissional e como estavam sendo vivenciadas as relações de (des)cuidado no plano institucional e também pessoal por esses profissionais. Ficou estabelecido por todos os grupos que esses encontros deveriam ser intercalados entre leituras e discussões de textos com as temáticas da pesquisa e vivências (dinâmicas) relacionadas ao exercício do papel profissional.

Y Aplicação do plano da pesquisa - é o momento da coleta de dados da pesquisa feita com as técnicas escolhidas e levantadas pelos pesquisadores e participantes.

Foram feitos os encontros e, como houve alguns imprevistos, todos os cronogramas foram readaptados, mas os grupos cumpriram as atividades programadas no primeiro encontro. Os três grupos (coincidentemente) tiveram um mesmo plano de ação; só houve alterações no número de encontros em cada equipe, mas, ainda assim, todos tiveram contato com os mesmos textos e vivências.

Y Análise dos dados - pode ser feita em 3 momentos: 1. *organização dos dados*, é o momento no qual se divide o material em unidades manipuláveis, procurando organizá-lo através de codificações, categorizações ou tipologias; 2. *estudo comparativo dos dados*, o objetivo é estabelecer relações entre as ocorrências encontradas na pesquisa buscando a construção de um esquema explicativo para o problema; 3. *apresentação dos resultados*, etapa em que se apresentam os dados da pesquisa aos participantes, as instituições e organizações que estão envolvidas com o tema da pesquisa.

A apresentação dos resultados foi feita somente para os grupos que participaram da investigação, para validação dos dados pelos participantes. Para preservar os dados e o ineditismo necessário a esta dissertação, o resultado geral será apresentado para toda a equipe dos CAPS envolvidos e para a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia (instituição que autorizou o projeto de pesquisa), após a defesa e aprovação desta dissertação. Para análise dos dados, utilizamos o método de análise de conteúdo.

Y Disseminação – para atingir esta etapa pretende-se escrever trabalhos acadêmicos e tentar atingir o público por meio de artigos em jornais e revistas, ou seja, comunicações em geral.

Esta fase se dará a partir da finalização do presente trabalho.

Y Assistência e avaliação – os pesquisadores apóiam o grupo na aplicação do levantamento dos resultados e depois de um tempo entram em contato com o grupo para ver como utilizaram os resultados da pesquisa.

Em função do prazo estabelecido (tempo) para o Mestrado, dos recursos materiais, da quantidade de grupos e realização das transcrições, essa fase não pôde ser inserida no plano de ação. Limitou-se à conscientização, a discussão e experiência, a um espaço de trocas e reflexões sobre as relações de (des)cuidado vivenciadas no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde. No entanto, num encontro final, foi realizado pelos participantes o levantamento de proposta como plano de ação que será anexado ao relatório de pesquisa e encaminhado para a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

Nesse sentido, Thiollent (1996) confirma melhores perspectivas, quando revela que a resolução efetiva das dificuldades dos participantes envolvidos somente pode ser levada adiante com a participação dos atores sociais. Assim, mesmo que as soluções não sejam aplicáveis no momento, poderão ser aproveitadas para o processo de sensibilização e tomada de consciência.

A seguir, faremos um breve relato sobre os grupos operativos de reflexão como recurso da pesquisa-ação e a justificativa da escolha deste instrumento para esta investigação.

3.2. Os grupos operativos de reflexão

A teoria dos grupos operativos foi introduzida e sistematizada primeiramente por Pichon Rivière, no ano de 1945. Para esse autor (conforme citado por Osório, 2003), os grupos operativos são definidos como grupos centrados na tarefa, caracterizando-se pela relação que seus participantes mantêm com a tarefa. Acrescenta que o grupo pode atuar como agente terapêutico e, assim, a tarefa constitui um organizador dos processos de pensamento, comunicação e ação que ocorrem entre os membros do grupo.

Fiscmann (1997) explica que, para Pichon Rivière, todo grupo operativo é terapêutico, mas nem todo grupo terapêutico é operativo. Nesse aspecto o autor elucida:

“Todo grupo que tiver uma tarefa a realizar e que puder, através desse trabalho operativo, esclarecer suas dificuldades individuais, romper com os estereótipos e possibilitar a identificação dos obstáculos que impedem o desenvolvimento do indivíduo e que, além disso, o auxilie a encontrar suas próprias condições de resolver ou se enfrentar com seus problemas é terapêutico” (p. 95).

A importância de utilizar os grupos operativos como instrumento deste trabalho alia-se aos objetivos desta pesquisa e à natureza da pesquisa-ação, que utiliza métodos e técnicas de grupo para lidar com a dimensão coletiva e interativa, aqui representada pelos profissionais de saúde. Osório (2003) reafirma esse propósito quando explica que a “tarefa grupal na concepção operativa é superar e resolver situações fixas e estereotipadas, (...) possibilitando sua

transformação em situações flexíveis, que permitem questionamentos”, passando da “imobilidade e resistência à mudança” (p. 30).

Procurando utilizar a estratégia que adequasse ainda mais aos objetivos traçados entre participantes e pesquisadora deste estudo, encontramos os grupos de reflexão que aparecem como variante dos grupos operativos. Interessante informar que os grupos de reflexão inicialmente foram criados para atender e elaborar os conflitos e tensões que estavam sendo gerados no ambiente de trabalho (Instituto Borda de Buenos Aires), nas relações entre os médicos residentes em psiquiatria e os pacientes psiquiátricos (Osório, 2003).

O grupo de reflexão veio ao encontro desta proposta de trabalho, uma vez que cria um espaço onde os profissionais de saúde possam refletir sobre suas práticas profissionais e suas relações de (des)cuidado estabelecidas no cotidiano de trabalho. Essa estratégia solidificou-se depois da reunião realizada com os participantes, que decidiram inserir textos sobre a temática da pesquisa e em seguida fazer discussões que fossem pertinentes ao trabalho que eles realizavam. Assim sendo, empregamos o recurso dos grupos operativos, por haver um tempo e tarefa determinados, e também os grupos de reflexão, por utilizarem técnicas (leituras dos textos) que propiciam aquisição de conhecimentos, questionamentos e até algumas mudanças no ambiente de trabalho, as quais foram apresentadas nos grupos. Desse modo, para fins didáticos e não excludentes, utilizamos a expressão *grupos operativos de reflexão* como representante da escolha estratégica da pesquisa-ação adotada para esta investigação.

Consideramos oportuno esclarecer que uma das técnicas do grupo operativo de reflexão é não incluir a função terapêutica, ou seja, o coordenador deve evitar utilizar exposições que adentrem a vida privada dos participantes.

Nesse sentido, Coronel (1997) afirma que “as intervenções do coordenador devem visar sempre ao *grupo*, em suas dificuldades e ansiedades, e nunca aos *indivíduos*. Acreditamos que essa seja uma regra técnica da maior importância” (p. 347; grifos do autor). Na realidade, essa prática constituiu um desafio que foi enfrentado nos grupos desta investigação, principalmente nos encontros que utilizamos técnicas relacionadas ao exercício do papel profissional. No entanto, essa intervenção contribuiu para o alcance dos objetivos propostos, como também proporcionou um ambiente permeado pelo acolhimento e respeito pela individualidade de cada participante.

3.3. Formalizando o estudo

Para o início dos trabalhos de campo, foi estabelecido primeiramente um contato pessoal e informal com a Divisão de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia (SMS-GO) através de uma conversa inicial sobre o interesse da instituição em realizar a investigação e os trâmites necessários que deveriam ser feitos para a autorização do projeto de pesquisa. Esse primeiro encontro teve por objetivo clarear a proposta de trabalho e suas possíveis repercussões para a instituição e os profissionais participantes.

Em seguida, foi enviada uma solicitação formal à Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia (SMS-GO), juntamente com o projeto de pesquisa, o respectivo protocolo e a folha de rosto para autorização. Após, encaminhamos o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Goiás, sendo devidamente aprovado e autorizado.

Depois da autorização, contatamos com os três primeiros CAPS que constavam na lista e solicitamos um encontro com os gestores de cada unidade

para apresentar o projeto da pesquisa. Aos gestores coube repassar a proposta em questão às equipes de trabalho e questionar se havia interesse em marcar uma reunião, com pauta específica, para apresentação da proposta e roteiro da pesquisa. Os três CAPS solicitados inicialmente aceitaram a reunião, na qual foi apresentado a toda equipe de trabalho de cada CAPS o roteiro da pesquisa. Foi questionado aos profissionais quem estaria interessado(a) em participar dos grupos e da investigação. Em todos os CAPS em que foi realizada a apresentação os profissionais se disponibilizaram em participar da pesquisa.

Dessa maneira, no primeiro encontro com os profissionais que aceitaram participar, foi apresentado o termo de consentimento (Anexo 2) para assinatura, e destacados os aspectos éticos envolvidos em um estudo dessa natureza, bem como o esclarecimento da propriedade intelectual dos dados coletados, assegurando o sigilo das informações de caráter confidencial, o anonimato e a livre participação.

3.4. Contextualizando o cenário e os atores participantes

Como citado anteriormente, esta investigação foi desenvolvida em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade de Goiânia – GO. Nesta cidade, o novo projeto de atendimento na saúde mental teve início com a inauguração do Núcleo de Atenção Psicossocial – NAPS Novo Mundo, no ano de 1999. Os CAPS surgem no processo de implantação da Reforma Psiquiatria em Goiânia, sendo incorporados na rede de atendimento como dispositivos de atenção psicossocial, no período de março de 2001 a janeiro de 2004, de acordo com Relatório Operacional – Implantação da Reforma Psiquiátrica em Goiânia realizado pela equipe da Divisão de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde.

Esse relatório apresenta os avanços e dificuldades na construção desse processo e reafirma a relevância dessas transformações, que não se tratavam da mera substituição de espaços físicos, mas principalmente de práticas institucionais. A implantação dos CAPS em Goiânia foi planejada por Distrito Sanitário, sendo um CAPS em cada região. Iniciou-se pelas regiões que se mostravam mais carentes e ofereciam condições para locação de imóvel adaptável. A rede de serviços no campo da saúde mental na cidade de Goiânia conta atualmente com sete CAPS: um CAPSi, quatro CAPS II e dois CAPSad, além do Pronto Socorro Psiquiátrico Wassily Chuc e o Ambulatório Municipal de Psiquiatria.

A média de atendimento varia de 300 a 650 usuários para cada CAPS, dependendo da modalidade e divisão territorial em que está inserido. Possui uma média de 40 funcionários por unidade, contando com equipe técnica interdisciplinar, técnicos administrativos e equipe de apoio (limpeza, cozinha e vigias). O cenário de trabalho dos CAPS são amplas casas, arejadas, com campo verde e/ou área para lazer, com ambiente colorido e acolhedor.

O tempo de trabalho nos CAPS, em relação aos participantes desta pesquisa, é de um mês a quatro anos. A jornada diária de trabalho nos CAPS é de seis horas. As atividades realizadas no cotidiano desses profissionais são: acolhimento, projeto terapêutico, psicoterapia individual e/ou em grupos, oficinas, atividades esportivas, atividades artísticas e comunitárias, atendimento aos familiares, visitas e atendimento domiciliar, dentre outras. A maioria dos profissionais possui dupla jornada de trabalho.

Os atores sociais que se disponibilizaram a participar deste estudo foram os profissionais de saúde trabalhadores de CAPS, com representantes de

diferentes categorias profissionais: arteterapia, artista plástica, assistente social, enfermagem, musicoterapia, professor(a) de educação física, psicologia e psiquiatria. Para tanto, três CAPS⁶ participaram da pesquisa, logo, três grupos foram constituídos, um grupo para cada CAPS, totalizando 22 profissionais nos três grupos. Com as seguintes composições:

GRUPO 1 (seis participantes)	GRUPO 2 (oito participantes)	GRUPO 3 (oito participantes)
Arteterapeuta (1) ⁷	Arteterapeuta (1)	Arteterapeuta (1)
Enfermeira (1)	Artista Plástica (1)	Assistente Social (1)
Musicoterapeuta (1)	Assistente Social (1)	Musicoterapeuta (1)
Prof. de Ed. Física (1)	Musicoterapeuta (1)	Prof. de Ed. Física (1)
Psicóloga (2).	Prof. de Ed. Física (2)	Psicóloga (4)
	Psicóloga (1)	
	Psiquiatra (1).	

Ficou definido entre os participantes que os encontros dos grupos aconteceriam no próprio ambiente de trabalho, em uma sala que fosse específica para atendimentos de grupos, uma vez que o referido ambiente possibilitava esse espaço. Todos os CAPS realizam, como estratégia de serviço, reunião semanal com todos integrantes da equipe, sendo que, no dia da reunião, os atendimentos aos usuários são suspensos. Logo, por ser esse o dia em que todos esses profissionais possuíam horário em comum, decidiram que os encontros seriam nos mesmos dias, sendo antes ou depois do horário da reunião. Cada grupo teve o número de encontros diferente, variando entre sete e nove. Tais encontros tiveram duração de cerca de uma hora. O período de realização dos encontros dos grupos foi de setembro/ 2005 a dezembro/2005.

⁶ Não será citada a identificação dos CAPS, a fim de preservar o anonimato dos profissionais.

⁷ Indicação do número de representante no grupo de cada categoria profissional.

3.5. Registros das informações

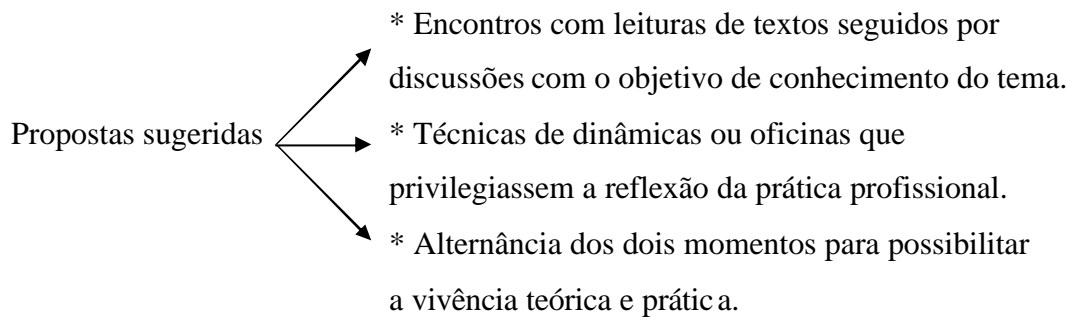
Para facilitar o procedimento de registro dos encontros dos grupos, utilizamos o gravador, com prévio consentimento dos participantes, assegurando ao grupo o anonimato e o caráter confidencial das informações que eles forneceriam. Todas as gravações foram transcritas na íntegra e os resultados apresentados aos participantes do grupo para validação, complementação ou alteração.

Outras formas de registros foram usadas: máquina fotográfica, desenhos, ficha de avaliação e questionário. Empregamos também o diário de campo, recurso que usamos para fazer as observações realizadas durante os encontros com os grupos. Na investigação feita com os grupos, contamos com o apoio de um Psicólogo, atuando no papel de co-pesquisador, que realizou as observações feitas durante os encontros.

Esclarecemos que, para fins objetivos, considerando a expressiva quantidade de material coletado, neste trabalho analisaremos apenas os registros com os discursos dos profissionais. Os demais materiais serão objeto de futuras análises e publicações.

3.6. Desenvolvimento dos instrumentos: integrando textos e vivências

O primeiro encontro dos grupos teve como objetivo definir o plano de ação da investigação proposta. Tínhamos em mãos (participantes e pesquisadores) os objetivos geral e específico desta pesquisa. A meta definida foi a de construir em conjunto qual seria a melhor maneira de trabalhar e investigar a temática indicada. Entre as discussões, chegamos às seguintes sugestões:



Todos profissionais opinaram e justificaram as suas escolhas; a maioria dos profissionais, em todos os grupos, decidiu alternar os encontros com leituras e discussões de textos referentes às temáticas da pesquisa e técnicas de dinâmicas relacionadas ao exercício do papel profissional. A justificativa dos profissionais para integrar momentos teóricos e práticos se deu por julgarem que muitos não tinham conhecimento sobre o assunto *saúde mental dos profissionais e relações de cuidado existentes no trabalho*. Revelaram-se interessados em leituras que abordassem esse tema, pois assim poderiam ter bases para uma discussão mais concreta e aprofundada. E a opção feita pelas dinâmicas foi por considerarem que esses momentos possibilitam uma leitura mais subjetiva de como estão sendo vivenciadas as relações de cuidado no cotidiano de trabalho, um instrumento que auxilia o contato real com os sentimentos.

Em seguida, informamos aos participantes que uma das metas da pesquisa-ação é o levantamento de propostas feitas após as discussões dos encontros e sua posterior aplicação. No entanto, explicamos que, devido ao prazo estabelecido pelo curso de mestrado para apresentação desta dissertação, essa fase não poderia ser inserida no plano de ação para futura avaliação. Sugerimos, entretanto, que, se considerassem válida a etapa do levantamento das propostas, poderíamos realizá-la. E, após a análise dos dados, validação dos resultados feita pelos grupos e apresentação da dissertação, seria encaminhado o relatório da

pesquisa e o levantamento de propostas à Secretaria Municipal de Saúde e Coordenação de Saúde Mental como plano de ação sugerido por esses profissionais para a instituição. Todos os profissionais concordaram com a sugestão e reafirmaram a importância desse momento como dado de devolução para SMS – GO.

Assim, os objetivos traçados entre participantes e pesquisadores para esses encontros foram:

- Y Formação de um grupo operativo de reflexão alternados com vivências que abordem as relações de (des)cuidado com a saúde mental dos profissionais existentes no dia-a-dia do trabalho.
- Y Elaboração de propostas feitas com base nas discussões realizadas nos encontros para serem encaminhadas à Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia - SMS.

Desse modo, inicialmente foram definidos com os grupos, de acordo as disponibilidades, os seguintes planejamentos:

- Y *Grupo 1* - oito encontros, ocorrendo semanalmente, antes do horário da reunião de equipe, com cerca de uma hora de duração.
- Y *Grupo 2* - seis encontros, ocorrendo semanalmente, antes do horário da reunião de equipe, com cerca de uma hora de duração.
- Y *Grupo 3* - sete encontros, ocorrendo semanalmente, após o horário da reunião de equipe, com cerca de uma hora de duração.

Depois das decisões tomadas no primeiro encontro, organizamos um cronograma de acordo com o planejamento de cada grupo, o qual foi repassado e

aprovado por todos para que pudéssemos começar a investigação. Mesmo havendo alterações no número de encontros em cada equipe, todos tiveram contato com os mesmos textos e vivências.

Durante a realização dos encontros, ocorreram alguns imprevistos (convocações de reunião na SMS, outras atividades que os profissionais tinham que participar) e, além disso, durante o processo da investigação alguns grupos sentiram necessidade de prolongar os encontros. Desse modo, todos os cronogramas foram readaptados de acordo com a avaliação, necessidade e disponibilidade dos participantes. Assim, o *Grupo 1* finalizou com nove encontros; o *Grupo 2* com sete e o *Grupo 3* também com sete encontros. No *Quadro 1*, pode-se verificar o exemplo do cronograma geral das atividades planejadas para os encontros.

Quadro 1

Exemplo do cronograma geral do planejamento das atividades aprovado pelos grupos de profissionais de saúde mental trabalhadores de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para serem realizados nos encontros da investigação.

1º ENCONTRO	-Técnica de integração dos participantes e levantamento das expectativas em relação aos encontros. -Técnica para reconhecimento do papel e atuação profissional. - Avaliação (Anexo 3).
2º ENCONTRO	-Entrega e leitura do texto “Saúde Mental dos Profissionais de Saúde” (Anexo 4). -Discussão. -Questionário (Anexo 5). -Avaliação.
3º ENCONTRO	-Vivência: Linha da vida profissional – refletindo sobre as relações de cuidado. -Compartilhar. -Avaliação.
4º ENCONTRO	-Entrega e leitura do texto “Relações de Cuidado: refletindo sobre a saúde mental dos profissionais de saúde” (Anexo 6). -Discussão. -Questionário (Anexo 7). -Avaliação.
5º ENCONTRO	-Vivência: Roda da equipe - refletindo sobre as relações de cuidado no trabalho (Gráfico Real). -Compartilhar. -Avaliação.
6º ENCONTRO	-Entrega e leitura do texto “Programas Cuidando do Cuidador” (Anexo 8). -Discussão. -Questionário (Anexo 9). -Avaliação.
7º ENCONTRO	-Vivência: Roda da equipe - refletindo sobre as relações de cuidado no trabalho (Gráfico Ideal). -Compartilhar. -Avaliação.
8º ENCONTRO	-Conversa inicial sobre todos os encontros anteriores. -Levantamento de propostas. -Avaliação de todos os encontros (Anexo 10). -Encerramento da pesquisa.

3.7. Os encontros: recebendo os atores do cuidado

Para iniciar os encontros e receber os atores do cuidado, selecionamos os textos e técnicas de dinâmicas que seriam utilizadas nos grupos através das decisões tomadas no primeiro encontro. A cada encontro, fazíamos a discussão do texto ou o compartilhar da vivência, seguido da avaliação do encontro e entrega do questionário (quando havia leitura) elaborado de acordo com o assunto da discussão do texto.

Dessa maneira, a construção do conhecimento foi mediada por dinâmicas que possibilitavam acessar a subjetividade presente em torno da atuação profissional. Com esse intuito, procuramos a compreensão das relações de cuidado que estavam sendo estabelecidas no plano institucional e pessoal, e quais seriam as implicações dessas relações no cotidiano de trabalho.

As técnicas selecionadas permitiam a interação e possibilitavam obter espontaneamente informações e representações subjetivas dos participantes. Lima (1994) ratifica essa idéia quando esclarece que as dinâmicas ou técnicas de criatividade desenvolvem a prática de trocas e reflexão, permitindo um olhar para o outro e para si mesmo, o que faz com que as pessoas expressem seus sentimentos e experiências.

Os primeiros contatos com os profissionais foram de fundamental importância, uma vez que oportunizou os demais encontros e serviu para formar os vínculos entre pesquisadora e participantes. Houve um caso específico de um grupo que logo no início apresentou dificuldades em estabelecer o vínculo, o que dificultou um pouco a relação e o comprometimento dos encontros iniciais, mas, logo depois, o diálogo aberto prevaleceu entre todos participantes e a pesquisadora; a relação e o vínculo se solidificaram de forma mais intensa e

verdadeira, o que contribuiu para a realização de um trabalho com mais segurança e trocas significativas.

Todas as etapas vivenciadas com os grupos foram importantes para as nossas reflexões e possibilitaram novos planejamentos. Estes ocorreram durante os encontros, pois a pesquisa-ação é feita com base em um planejamento participativo, o que prevê um caminho não-linear. Esse referencial permite um compartilhar de interesses e afetos com os atores sociais envolvidos no processo.

Todos esses momentos, como apresentado na Quadro 1, tiveram por objetivo a construção coletiva que, através do diálogo, da reflexão e da vivência, possibilitaram identificar, criticar, criar e compartilhar idéias e sentimentos sobre a realidade das relações de (des)cuidado que estão permeadas no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde, a fim de permitir transformação e qualificação no trabalho e na vida.

3.8. Organizando e analisando os dados

Para analisar os dados qualitativos das discussões e reflexões resultantes dos encontros dos grupos, utilizamos o método de Análise de Conteúdo (Bardin, 1977), que se propõe a evidenciar as opiniões, críticas, julgamentos, reações afetivas nos relatos e vivências que os participantes tiveram nos encontros. Esclarecemos que empregamos o levantamento quantitativo da frequência das categorias a fim de selecionar os discursos mais recorrentes para o tratamento qualitativo através da análise de conteúdo, fazendo um recorte factível para o objetivo desta dissertação.

É indispensável ressaltar que as informações e mensagens precisam ser acompanhadas tomando-se por base o contexto em que foram elaboradas e as

experiências em que foram construídas, localizando o cenário e, assim, as possibilidades de transformações e reconstruções (Franco, 2003). Nesse sentido, Bardin (1977) faz uma consideração pertinente:

“A análise de conteúdo pode ser considerada como um conjunto de técnicas de análises de comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. (...) A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e de recepção das mensagens, inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos, ou não)” (p. 38).

Franco (2003) explica que “o ponto de partida da Análise de Conteúdo é a *mensagem*, seja ela verbal (oral ou escrita), gestual silenciosa, figurativa, documental ou diretamente provocada. Necessariamente ela expressa um significado e um sentido” (p. 13).

O percurso da análise de conteúdo é, então, interpretar o que está nas entrelinhas do texto e quais as condições que levaram à sua produção. Franco (2003) ressalta: “o que está escrito, falado, mapeado, figurativamente desenhado e/ou simbolicamente explicitado sempre será o ponto de partida para a identificação do conteúdo manifesto (seja explícito e/ou latente)” (p. 24). Logo, para seguir esse processo, a contextualização é um fator imprescindível para que os resultados ganhem relevância e importância de divulgação.

A análise dos dados desta investigação foi feita depois de terminados os encontros e a posterior transcrições dos relatos. Nesse estudo, os procedimentos de análise de conteúdo percorreram as fases elaboradas de acordo com Franco (2003) que, a seguir, resumimos passo a passo:

1. Pré – análise: corresponde à organização do material. Consiste em:

a) *Leitura flutuante* – quando se começa a estabelecer contatos com os documentos a serem analisados, conhecer os textos e as mensagens neles contidas, deixando-se invadir por impressões, representações, emoções, conhecimentos e expectativas (p. 44).

Nessa fase inicial, optamos por fazer uma imersão na leitura e releitura dos relatos transcritos e na reflexão interpretativa. É um momento um pouco caótico e desordenado, mas que serviu para levantar pontos mais emergentes dos encontros, dos conteúdos manifestos e latentes.

b) *Escolha de documentos* – é o momento de eleger as narrativas que oferecem informações sobre o tema (p. 44).

Foram escolhidos os registros transcritos dos encontros com os grupos de profissionais de saúde, bem como o aprofundamento do contexto e as condições sociais e políticas contidas nas mensagens emitidas.

c) - o índice é a menção de um tema em uma mensagem; quanto mais mencionado um tema, mais relevância terá. Nesse caso, recorre-se à frequência observada acerca do tema, ou seja, é feita uma análise quantitativa para identificar a frequência do tema escolhido. Franco (2003) considera que “qualquer que seja o tema explicitado, o mesmo passa a ter mais importância para a análise dos dados, quanto mais frequentemente for mencionado” (p. 49).

Essa fase foi inserida para análise dos dados dos encontros devido à quantidade de material e à necessidade de recorte / escolha dos temas que atendessem a proposta estabelecida. Assim, foi feita a frequência quantitativa de todos os temas identificados nas transcrições, o que possibilitou verificar os núcleos temáticos mais frequentes nos discursos dos participantes.

Nesse sentido, Rizzini, Castro e Sartor (1999) afirmam que a análise dos resultados é sempre direcionada a responder “questões postas pela pesquisa, estabelecendo relações e oposições entre as categorias baseadas na frequência, presença ou ausência delas no texto. Resultados qualitativos e quantitativos devem integrar-se na interpretação do texto” (p. 94).

É importante frisar que, durante a análise, deparamos com uma situação complexa, pois o conjunto de dados coletados (registros de transcrições, questionários, desenhos, avaliações, diário de campo) se apresentou com uma ampla diversidade de assuntos abordados, além da quantidade expressiva dos materiais transcritos.

Terminada a pré-análise dos materiais, *tem início a definição das categorias*. O critério de categorização é considerado procedimento essencial da análise de conteúdo, visto que faz a ligação entre os objetivos da pesquisa e seus resultados. “A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação seguida de um reagrupamento baseado em analogias, a partir de critérios definidos” (Franco, 2003, p. 51).

Os critérios de categorização podem ser semântico, sintático, léxico ou expressivo. A categorização semântica é definida por categoria temática, pois todos os temas que possuem a mesma significação ficam agrupados em uma mesma categoria. Por exemplo, todos os temas que signifiquem sofrimento psíquico ficaram agrupados na categoria sofrimento psíquico (Bardin, 1977; Franco, 2003).

Desse modo, o critério adotado neste trabalho foi o de análise de conteúdo por categorias temáticas (Franco, 2003, p. 51), sendo escolhidas as seguintes categorias: 1. considerações sobre os momentos e vivências de cuidado

da saúde mental do profissional no ambiente de trabalho; 2. relações interpessoais e trabalho em equipe; 3. sofrimento psíquico e 4. dificuldades na atuação profissional do novo modelo de atendimento em saúde mental.

Os dados descritos e obtidos serão ordenados e discutidos no próximo capítulo, no qual serão expostos as categorias citadas, os indicadores / temas que foram apresentados, as verbalizações dos profissionais e as respectivas frequências.

3.9. Avaliando e devolvendo os resultados dos encontros

A apresentação dos resultados com os grupos foi realizada assim que terminamos a análise dos resultados. Nessa devolutiva, foram repassadas todas as categorias registradas no grupo e esclarecidos os devidos recortes. O grupo 1, até o momento, não conseguiu reunir todos os profissionais para a devolutiva dos dados. Nos outros dois grupos, esse momento permitiu garantir e validar os resultados; houve uma melhor percepção do estudo tanto para os profissionais, quanto para pesquisadora. Novas informações foram inferidas e/ou ratificadas, o que serviu para revisar o processo de análise.

Esse sem dúvida, foi um momento oportuno para trocas e considerações. Já havia passado cerca de nove meses de realização dos encontros, o que contribuiu para verificar posturas e mudanças individuais e coletivas, além de, mais uma vez, poder sentir e perceber que esse assunto é tão complexo quanto o próprio atuar na saúde mental. No entanto, os dados referentes a esta etapa não serão objeto de análise específica nesta dissertação, ficando como material para posteriores publicações.

IV. As Reflexões:

Implicações das relações de (des)cuidado vivenciadas no cotidiano de trabalho

Neste capítulo, apresentamos os dados referentes às implicações das relações de (des)cuidado, institucionais e pessoais, permeadas no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde mental dos trabalhadores de CAPS.

Foram organizados e analisados todos os materiais produzidos pelo grupo, porém, são aqui apresentados tão somente os dados que tiveram maior frequência e significação para o estudo. Entendemos, como dito anteriormente, que, apesar do recorte necessário, os achados podem contribuir e desvelar a realidade investigada e poderão ser utilizados em outros trabalhos, posteriormente.

A análise dos dados evidenciou várias categorias, como: questões relativas às experiências de cuidado no trabalho, às relações entre a equipe, ao sofrimento psíquico desencadeado pelo ambiente laboral e às dificuldades e desafios que os profissionais de saúde estão enfrentando para atuar no modelo de atendimento em saúde mental preconizado pela reforma psiquiátrica. Analisar essas categorias evidenciou a importância de discutir essas temáticas, mostrando que a saúde mental do trabalhador da saúde envolve diversos fatores, como discutimos anteriormente, objetivos e subjetivos, além de ser pouco problematizada em pesquisas e por ações que integrem uma política pública ao servidor da saúde.

A ordenação dos dados descritos e obtidos será exposta por categorias temáticas, indicadores / temas, verbalizações dos profissionais e respectivas frequências. Para identificar os temas mais recorrentes, utilizamos a análise quantitativa. Foi verificada a quantidade de menções nos discursos dos

participantes e dada a frequência de cada tema. Ressaltamos que foi selecionado apenas um representante de cada grupo para os recortes das verbalizações, resultando três recortes em cada indicador / tema. A opção por três diferentes recortes foi para melhor exemplificar o discurso de cada grupo investigado. A escolha das verbalizações foi feita pelos pesquisadores, nas quais identificamos os discursos mais significativos que demonstrassem clareza da realidade exposta nos depoimentos dos outros participantes. Para tanto, apresentamos quatro quadros por categoria selecionada:

Y **Quadro 1 - Considerações sobre os momentos e vivências de cuidado da saúde mental do profissional no ambiente de trabalho:**

verbalizações sobre a prática desses momentos, a necessidade e representação dessas experiências e as sugestões de como essas ocasiões podem ser sistematizadas no ambiente de trabalho.

Y **Quadro 2 - Relações interpessoais e trabalho em equipe:** relatos sobre a importância e as consequências do trabalho em equipe, as dificuldades e os conflitos das relações interpessoais e o reconhecimento de qualificar e melhorar o convívio relacional.

Y **Quadro 3 - Sofrimento psíquico:** colocadas as questões que envolvem os sofrimentos vivenciados e desencadeados pelo ambiente laboral, relacionados ao usuário, à equipe e à organização do trabalho.

Y **Quadro 4 - Dificuldades da atuação profissional no novo modelo de atendimento em saúde mental:** verbalizações sobre a necessidade de capacitação dos profissionais, as dificuldades na atuação interdisciplinar e no trabalho com colegas que não estão preparados para essa área, além

da desmotivação por não poderem contar com a rede de atendimento e suporte do serviço público (políticas públicas).

A seguir retomaremos os quadros citados e, após, faremos algumas discussões:

4.1. Considerações sobre as vivências de cuidado da saúde mental do profissional no ambiente laboral

Quadro 1 - Considerações sobre os momentos e vivências de cuidado da saúde mental do profissional no ambiente de trabalho

Categoria	Indicadores / Temas	Verbalizações	Freq.
Considerações sobre os momentos e vivências de cuidado da saúde mental do profissional no ambiente de trabalho	- Momentos de cuidado da saúde mental no trabalho são considerados esporádicos: equipe não possui tempo para o cuidador	<p>Na reunião que a gente tem é um lugar que a gente conversa sobre os assuntos técnicos do CAPS né, e aí conversando sobre esses assuntos técnicos às vezes dá pra falar algumas coisas das nossas angústias também, mas não é sempre assim, acontece raramente sabe (Musicoterapeuta).</p> <p>Esse cuidado com a saúde mental da equipe, parece que não tem, ou então temos muito pouco. Na verdade eles existem, mas são raros e não são sistematizados (Psiquiatra).</p> <p>Não temos esse cuidado com a gente, nenhum mesmo, não temos isso. Nem na reunião de equipe, igual esse momento que aconteceu hoje na reunião foi batalhado, tem tempo que tá falando que era pra acontecer isso, tem mais de mês que era pra ela ter feito essa dinâmica; e hoje ela queria colocar e as pessoas diziam: não! acabou o tempo! Nossa, sabe, tudo tem que ser muito rápido (Psicóloga).</p>	26
	- Equipes com necessidade de um tempo maior para discussão dos casos atendidos e	Sabe o quê que eu fico preocupada, eu enquanto coordenadora técnica, tem coisas que eu acho que tinha que ser discutidas mais coletivamente e tal e não tem espaço. Eu acho assim, por exemplo, na reunião técnica eu fico tão	19

	<p>os sentimentos neles envolvidos</p>	<p>preocupada da gente não discutir toda semana caso por caso e a gente nunca consegue isso, isso não incomoda vocês não? Eu me sinto tão incomodada. Estou percebendo o quanto estamos perdendo a qualidade do nosso serviço pela nossa falta de tempo (Psicóloga).</p> <p>Em qualquer espaço interdisciplinar a discussão de caso em nenhum momento pode ser deixada de lado. A gente não tem isso aqui, precisamos ter isso mais sistematizado sabe (Assistente Social).</p> <p>Eu acho que a gente precisa desse espaço de discussão de caso. (...) Eu acho que esse trabalho é um trabalho que a gente precisa de um tempo maior sim pra gente. A gente precisa sim, ter um grupo que a gente possa dizer: 'olha gente eu trouxe esse caso porque eu tô tendo dificuldade com ele', e realmente discutir com todos (Psicóloga).</p>	
	<p>- Supervisor técnico precisa ser externo à equipe de trabalho, acolhedor e ter conhecimento sobre o funcionamento dos CAPS</p>	<p>Eu, particularmente, acho muito complicado essa supervisão externa, porque penso que essa pessoa que vem de fora deve saber lidar com o cotidiano do CAPS, penso que essas pessoas quem vem de fora só vão auxiliar se souberem qual é a realidade do CAPS. E essa visão externa pode dar um alerta de como está nosso trabalho (Prof. Ed. Física).</p> <p>Tivemos as supervisões clínicas e elas foram um pouco mudadas para atender a proposta de atendimento do CAPS, pois esses profissionais não conheciam como era o funcionamento de um CAPS, mas mesmo assim era de muita ajuda para os casos que atendíamos. Acho que também o que foi muito válido foi a indicação do profissional escolhido para trabalhar as relações da equipe, era uma pessoa acolhedora e soube fazer bem esse trabalho com a equipe (Psicóloga).</p> <p>Psicólogo clínico que não atua em CAPS, sinceramente, isso já é pré-requisito pra não fazer supervisão pra mim. Porque ele não entende o funcionamento, ele vai tratar de supervisão clínica e foi eu acho que foi o equívoco do que já aconteceu aqui, de vir pros grupos com um olhar clínico, pra trabalhar o grupo com um olhar clínico sem a vivência do funcionamento da instituição. Tem que ter uma noção de psicologia do trabalho, de organização e de organização de CAPS (Psicóloga).</p>	<p>12</p>

	<p>-Reconhecimento de que é preciso cuidar de si para cuidar do outro gerando melhor atuação profissional</p>	<p>Eu senti a necessidade de me cuidar terminando a formação e começando os atendimentos. Tive muitos problemas de saúde devido a somatizações, perdi um rim e ai fui analisar meu trabalho, meu histórico de vida e percebi que eu tinha muito pouco cuidado comigo mesma e ai eu fui ter a necessidade de me cuidar para cuidar do outro (Psicóloga).</p> <p>Passei pelo primeiro, segundo ano e no terceiro ano foi quando eu percebi que eu precisaria de estar bem para eu cuidar dos outros. Que eu não conseguiria cuidar das outras pessoas se eu não estivesse bem comigo, isso foi quando eu comecei a fazer os estágios. Eu percebi isso nos primeiros contatos com os pacientes mesmo, eu trabalhava com meninos com autismo e outros tipos de deficiência também. E aquilo mexeu demais comigo na época e eu comecei a sofrer quando eu ia pro estágio (Musicoterapeuta).</p> <p>Eu descobri que você tem que ter um olhar diferenciado pra vida. Acho que aqui também eu percebi essa coisa assim do cuidado, pra cuidar você tem que estar bem pra estar bem com outro, se não é impossível né. Antes disso eu não tava bem comigo mesma, então assim eu tive vários percalços, várias dificuldades (Arteterapeuta).</p>	<p>8</p>
	<p>- Grupos de reflexão e de estudos são considerados necessários para crescimento e amadurecimento da equipe</p>	<p>Essa idéia do grupo de reflexão é muito boa, acho que até tivemos um pouco disso no ano passado com as supervisões, porque fazíamos discussões dos atendimentos dos casos mais difíceis. Foi uma experiência muito boa pra equipe, tínhamos que fazer isso aqui sempre (Musicoterapeuta).</p> <p>Num determinado momento a gente fez grupos de estudos, e a gente estudou justamente psicopatologia e essas coisas e naquele momento a preocupação não era de cuidado um com o outro, era uma preocupação técnica, a gente fez aquilo pra dinamizar por causa do exame psíquico né, que era uma coisa importante. O objetivo não era o de cuidado com a gente, mas assim, nós tivemos o cuidado também, até por que uma coisa ia ao encontro com a outra, por que isso está associado, e eu acredito que a gente perdeu um pouco em deixar o grupo de estudos, precisamos desse momento (Prof. Ed. Física).</p> <p>As pessoas entram na defensiva e aí as pessoas piram né. Por que supervisão mexe, por que isso tem haver com você. Se você não tá preparado pra isso e como isso vai ser visto na equipe,</p>	<p>6</p>

		então é esse o processo de reflexão. Com isso a equipe amadurece pra ver que espaço que me dá esse caso, o quê que tá causando isso na equipe, porque eu tive essa idéia, porque eu tô assim sabe. Então isso vai amadurecendo, acho que são duas coisas importantes né: supervisão técnica e grupo de reflexão (Psicóloga).	
			Total
			71

As experiências de programas e vivências relacionadas à saúde mental do trabalhador se revelaram como momentos escassos no cotidiano laboral, ou seja, existe uma lacuna nas ações voltadas à atenção da saúde do profissional. Os participantes revelaram também que o local de trabalho raramente contempla ações específicas direcionadas à saúde do trabalhador:

“Nós precisamos ser francos com a gente mesmo. Na verdade, esses espaços de cuidado com a saúde mental da gente são espaços tão dispersos que fica difícil de ver onde eles estão. Às vezes a gente tem essa dificuldade pra ver como acontece esses momentos, é isso que tá acontecendo com a gente agora, nem conseguimos visualizar esses espaços” (Musicoterapeuta).

Nos CAPS pesquisados, foram identificadas poucas ações de cuidado no ambiente de trabalho com relação aos participantes. Os profissionais consideraram essas atuações raras e não sistematizadas pela equipe ou gestores. Exemplos desses momentos, citados pelos profissionais, seriam as reuniões que acontecem semanalmente com toda equipe, quando há tempo para discutir casos ou questões pessoais relacionadas ao trabalho; alguma dinâmica que, em poucas ocasiões, é realizada nessas reuniões e as supervisões que ocorrem com profissionais externos (as) à equipe de trabalho.

“Eu vejo que a gente tem momentos de cuidado, mas esses momentos eles estão colocados espaçados no dia-a-dia. (...) Eu vejo assim que a gente não sistematiza, são momentos um pouco individualizados, nas reuniões, supervisões, quando temos né, ou até um bate-papo no final da tarde com nossos colegas” (Prof Ed. Física).

“Não temos esse cuidado com a gente, nem com a equipe. Olha, nós estamos com dificuldades até de fazer nossa festa de final de ano, já foram três reuniões que a gente não dá conta, é só problemas administrativos, nem tempo de discutir todos os casos estamos tendo” (Psicóloga).

As verbalizações demonstram que as demandas do cotidiano de trabalho são várias e que, muitas vezes, o espaço do trabalhador, que caberia nessas situações (reuniões, supervisões), fica à mercê do tempo. Podemos incluir nesse quadro a precária atenção dada a essas prioridades, tanto por parte da equipe, quanto dos próprios gestores.

Ramminger (2005) considera que o acolhimento (ou não) das questões relacionadas à saúde mental do profissional depende, muitas vezes, do funcionamento e das diretrizes de cada serviço. Entretanto, mesmo que gestores e equipes evidenciem essas responsabilidades, é inegável que também *há a falta de políticas públicas que priorizem esses momentos no trabalho.*

Silva (2005) esclarece que o campo da atenção psicossocial conta com diversas responsabilizações de atores sociais com relação ao cuidado do usuário, além de recorrer a diferentes procedimentos. Acrescentamos que, assim como o usuário, a equipe, os gestores e outros atores precisam também se responsabilizar

pelo cuidado da saúde do profissional, a fim de otimizar as relações e as atividades no cotidiano laboral.

Um espaço que seja adequado às discussões e que possibilite apreender os sentimentos envolvidos nos casos atendidos aparece como sugestões de cuidado com o trabalhador. Poder-se-ia, nesse espaço, criar momentos para se construir as práticas interdisciplinares, compartilhar as dificuldades cotidianas e contar com o apoio da equipe. No entanto, existe um dilema em conciliar o tempo da reunião e dos atendimentos, bem como priorizar momentos e serviços que colaborem para o bem-estar psíquico dos profissionais:

“Aqui no CAPS não temos muito tempo para conversar sobre esses cuidados pessoais, o que há são conversas com colegas, com alguns grupos de pessoas, no intervalo de um atendimento e outro. Mas, um espaço que tenha mesmo dentro da instituição que ela ofereça, isso não tem. Assim, eu não sei, parece não haver muito estresse de trabalho aqui, o que tem é muita correria mesmo e também tem as reuniões de equipe, mas a gente não fala da gente e sim das coisas que precisam ser resolvidas. Acho que é pela correria não achamos esse tempo, mas se seria bom se tivesse esse tempo claro que seria, a gente poderia contar mais com toda equipe, ter mais trocas” (Musicoterapeuta).

“A gente chega aqui e cada um já tem seu grupo formado com o colega de profissão e não temos muito tempo para trocas. São só nos casos mais extremos que levamos os casos para reunião técnica e nessas horas vemos que há uma necessidade de trocas de experiências. Então a gente precisa mais desses espaços, contar mais com outros colegas de profissão. Eu sinto que

aqui no CAPS a gente precisa desse olhar mais cuidadoso pra gente, pra equipe". (Arteterapeuta)

Nesse aspecto, os participantes apontaram os *grupos de reflexão e de estudos como uma opção estratégica* para melhorar o cotidiano de trocas e saberes entre os profissionais. Alguns profissionais já tiveram a experiência desses grupos e consideraram que essas modalidades proporcionam aprendizado, crescimento e amadurecimento para toda equipe.

"Porque olha gente, essas informações básicas nós poderíamos estudar juntos no momento que nós tínhamos definido pra estudar juntos, no grupo de estudos mesmo. A gente precisa priorizar esse momento, é um crescimento pra equipe, até pra praticar a troca interdisciplinar. A gente já tinha definido fazer uma hora na sexta-feira, se a gente tivesse conseguido fazer isso nós já estávamos fazendo essas informações básicas aí, já teríamos avançado" (Musicoterapeuta).

"O grupo de reflexão que eu acho que seria viável pra gente. Eu achei interessante, eu acho que isso aqui faz a gente crescer, a gente cuidar da gente, a gente amadurecer, eu acho que esse sim seria bom, falaríamos dos casos que atendemos, podemos aprofundar mais" (Psicóloga).

Zimmerman (1997) ressalta que os *grupos de reflexão proporcionam ao profissional compartilhar experiências* emocionais ligadas ao seu cotidiano de trabalho, em um ambiente que seja afetivo e acolhedor, permitindo o enfrentamento dos conflitos e a possibilidade de criação de novas condutas no

exercício profissional. Além disso, a implantação de grupos de reflexão leva os participantes a exporem suas dificuldades, angústias e preocupações que estão vivenciando no ambiente laboral, ocasionando aprendizado, amadurecimento e, conseqüentemente, segurança e apoio para a equipe.

Os grupos de estudos parecem ser importantes no cotidiano dos CAPS por diminuir a lacuna da falta de preparo que alguns profissionais sentem na atuação nos CAPS, até mesmo com informações básicas sobre as propostas da reforma psiquiátrica e as formas de atendimento, colocando os profissionais em maior sintonia de pensamentos, críticas, avaliações e objetivos comuns. Para Nogueira-Martins (2002), os grupos de discussão (estudos) e reflexão são instrumentos eficientes no cotidiano de trabalho, colaboram com a atuação do exercício profissional, além de ser de natureza preventiva à saúde.

Outra questão importante sobre as coordenações desses grupos refere-se à ponderação dos participantes no sentido de que, durante as discussões, os grupos de reflexão e estudos sejam organizados e coordenados pela própria equipe. Os participantes disseram que os próprios profissionais dos CAPS podem fazer um levantamento das prioridades, *déficits* e necessidades que a equipe possui sobre determinado assunto.

“Eu acho que precisa ser criado sim um outro espaço, não acho que semanal, não falo semanal não, que seja quinzenal, mensal. Um espaço mensal, porque aí sim você vai pegar aqueles casos que você teve mais dificuldade, é preciso discutir casos mais profundamente, com tempo maior, a gente pode organizar isso na própria equipe, cada pessoa coordena por vez, a gente sabe das nossas necessidades, né” (Psicóloga).

Com relação às *supervisões técnicas*, os participantes avaliaram que o (a) *profissional que irá coordenar precisa ser externo (a) à equipe de trabalho*. Consideraram que *esse (a) profissional necessita conhecer o funcionamento dos CAPS*, de como são feitos os atendimentos e encaminhamentos, ou seja, estar ciente das mudanças realizadas na nova forma de atendimento no campo da saúde mental, preconizada pela reforma psiquiátrica. Além dessas características, um atributo relevante é o de que *esse (a) supervisor (a) tenha uma atitude de acolhimento com a equipe*, mostrando-se aberto (a) para conhecer a experiência de trabalho da equipe e as relações estabelecidas, *com uma atitude de respeito e consideração pelo trabalho desenvolvido*. É ainda necessário que se tenha conhecimento sobre questões relativas à organização de trabalho e saúde do trabalhador.

“O que me preocupa é a questão dessas pessoas virem de fora fazer um trabalho aqui no CAPS, pois muitas vezes elas não sabem da realidade de trabalho de um CAPS. Acho que a pessoa deveria ser externa sim, mas deveria saber mais da organização de trabalho nosso” (Prof. Ed. Física).

“Eu tenho uma opinião muito particular a respeito dessas consultorias, dessas supervisões que chegam e entram no serviço e não conhecem e não têm o momento mesmo de conhecer que serviço é esse que tá entrando, em ver qual é o movimento da equipe e conhecer um pouco, não respeitam o trabalho da equipe. Outro lado ruim que é o serviço público né, aquela coisa que leva e tem um período, acabou o dinheiro praquela consultoria ou supervisão e simplesmente afasta, ficam questões abertas, as relações ficam trincadas novamente, enfim, tem que ter um respeito pela gente né” (Assistente Social).

Nessas experiências verbalizadas sobre as supervisões técnicas com a equipe, percebemos que existe uma vulnerabilidade das ações voltadas à atenção da saúde do trabalhador da saúde mental. Desse modo, parece-nos claro que essas ações não integram uma política pública concreta, ficando à disposição dos diferentes governos e gestores o merecido investimento nessa área, demonstrando a desvalorização do setor público à saúde mental do trabalhador.

Após a realização de vários eventos, como a III Conferência Nacional de Saúde Mental (2002), o Congresso Brasileiro dos CAPS (2004) e a avaliação nacional dos CAPS (2005), foram identificadas as ausências de acompanhamento e supervisão clínico-institucional, o que ocasionou a publicação da Portaria nº 1174/GM (Ministério da Saúde, 2005), destinando *incentivo financeiro emergencial* para a implantação do Programa de Qualificação e Gestão dos CAPS. Assim, ficou instituída a supervisão clínico-institucional, devendo ser feita por profissionais de saúde mental, externos (as) ao quadro de profissionais dos CAPS, com comprovada habilitação teórica e prática.

Essa informação corrobora as reclamações dos profissionais quando relatam que as verbas destinadas às consultorias ou supervisões acabam sendo limitadas e sem continuidade. No entanto, pelas discussões e documentos consultados, há uma preocupação no campo da reforma psiquiátrica com a saúde do trabalhador, existindo diretrizes que apontam serviços estratégicos para os profissionais. Mas, infelizmente, a prática dessas ações ainda constitui desafios a serem enfrentados.

Durante os relatos, alguns *profissionais reconheceram a importância de cuidar de si para cuidar do outro*. Sentem que atuam melhor no trabalho e nos

atendimentos quando estão bem consigo mesmos, com uma disponibilidade maior em cuidar do outro (usuário). Essa consciência de cuidar de si faz-se mais presente quando há um caso que exige mais subjetivamente do profissional ou quando a saúde física começa a ser prejudicada. Então, quando voltam o olhar para si mesmos, descobrem a falta de cuidado com a própria saúde psíquica e física, e começam a perceber as conseqüências desse (des)cuidado no trabalho.

“Eu acho muito importante cuidar de mim para poder cuidar do outro, a gente sabe como isso funciona no dia a dia, quando estou bem comigo meu trabalho é outro” (Arteterapeuta).

“Cada unidade dessa que eu trabalhava eu fui ver o quanto era importante a saúde do cuidador. Eu percebia assim muito claramente a diferença daquele cuidador que tava num momento de mais compromisso com ele mesmo, a diferença até de resposta dele com o menino que ele cuidava né. Aí fui enxergando ao longo de toda essa trajetória o tanto que é importante o cuidador estar mais centrado, de alguma forma mais amparado, pra poder realmente ter uma resposta melhor do trabalho e até da própria saúde física mesmo, né” (Psicóloga)

Machado (2006) sinaliza que o reconhecimento do próprio cuidado com a saúde possibilita a transformação do modo de trabalho, podendo conduzir o profissional a uma nova construção da identidade e, portanto, contribuindo para auto-realização no cuidado de si e do outro.

4.2. Relações interpessoais e o trabalho em equipe

Quadro 2 - Relações interpessoais e trabalho em equipe

Categoria	Indicadores / Temas	Verbalizações	Freq.
Relações interpessoais e trabalho em equipe	- Dificuldade e necessidade de melhorar as relações interpessoais no trabalho	<p>Aqui a gente vem na hora da reunião, traz prova pra corrigir na hora da reunião, porque durante a semana não tem como a gente fazer nada, só vem aqui pra atender, é um ritmo muito acelerado e aí a gente não consegue cuidar daquela pessoa que é mais devagar na equipe, que tem um ritmo mais lento e esse ritmo lento existe em todo lugar. Eu acho que a gente não cuida do outro, eu acho difícil, aí as pessoas acabam que sai daqui, temos problemas na equipe, é difícil ter um mesmo ritmo (Psicóloga).</p> <p>A gente vai ficando, vai protelando, porque não tem tempo pra parar, pra priorizar e aí o dia já vai ficando complicado né. Você sofre com isso e vai levando e aí quando você vê que e as relações vão ficando trincadas. Sabe, então tem que parar e observar o outro, a gente não olha o outro, o jeito do outro, como que o outro é. Você olha pro seu usuário e o seu colega que tá do lado você não olha. Aí as relações vão ficando complicadas demais (Arteterapeuta).</p> <p>Tá vendo como você sente, você vai pra casa e fica detonado (direciona para um colega do grupo), mas não é todo mundo que se expõem como você, você sabe pensar isso de uma forma legal pra você, tem gente que vai pra casa e vai ficar chateado e aí depois ainda fica diferente com a outra pessoa, fica diferente na equipe, não sabe receber críticas, não gosta de se expor. Isso acaba fazendo mal pras relações interpessoais daqui. Isso é o que falta talvez, horário pra discutir questões nossas (Musicoterapeuta).</p>	22
	- Apoio da equipe proporciona sentimento de alívio, ajuda no desempenho do trabalho e é considerado como espaço de cuidado	Eu tive que sair do acolhimento, discutir com a colega que estava comigo no acolhimento, discutir com outros profissionais até pra respirar um pouco, pra chamar ela (usuária) na semana que vem. Então deixei pra outra semana pra ela vir pra eu respirar um pouco e ficar mais preparada. Então depois que eu saí do acolhimento tive que conversar com a diretora, com os técnicos, aí então fiquei mais tranquila e fiquei mais forte pra depois chamar ela em outro	19

		<p>momento pra conversar (Psicóloga).</p> <p>Concordo com a colega quando ela falou que quando a gente trabalha em equipe você consegue dividir um pouquinho mais das angústias, você sente mais socorrida, isso pra mim é uma coisa muito tranqüila. Pra outros médicos, talvez pra outros psiquiatras isso é uma coisa inadmissível, então jamais iriam trabalhar em um CAPS. Isso pra mim é muito tranqüilo, optei por trabalhar aqui, gosto de trabalhar em equipe porque alivia mais o cotidiano de trabalho (Psiquiatra).</p> <p>Aqui a gente trabalha em colegiado, é muito bom esse trabalho porque a gente tem a liberdade de estar se colocando. Esse estresse de assumir um caso sozinha aqui a gente não tem isso, aqui são vários saberes, a gente não tem medo de errar, porque se errar um erra todo mundo junto. É uma equipe multiprofissional e assim é muito mais fácil e muito melhor. Outra coisa boa é que um profissional muitas vezes orienta outro profissional (Enfermeira).</p>	
	<p>- Necessidade de qualificar o tempo de trabalho e da reunião de equipe</p>	<p>Gostei do texto quatro, porque ele traz uma realidade que podemos aplicar aqui no CAPS. O autor fala do trabalho em equipe e isso é o que fazemos aqui, só que falta em algumas pessoas o perfil mesmo pra estar aqui, como diz no texto essa parte aqui: 'o exercício de relações afetuosas e cuidadoras verificados entre os profissionais de nossa equipe só foi possível, a meu ver, pelo exercício compartilhado das tarefas, pela comunicação franca que existia entre nós que, por sua vez, se substanciava num desejo comum de cuidar e numa proposta de trabalho claramente definida e coletivamente partilhada'. Isso que temos que ter aqui, propostas de trabalho definidas (Prof. Ed. Física).</p> <p>Temos que melhorar a qualificação da reunião, porque nós não conseguimos ainda ter a maturidade até de tempo. Por exemplo, a reunião precisa ser sistematizada, as pessoas tomam o tempo de fala umas das outras (Assistente Social).</p> <p>Tem uma parte do trabalho que é com usuário e a outra parte do trabalho que é mais interna que a gente pode escolher o horário de fazer isso e acho que é nesse que a gente pode se organizar melhor. Então quando a gente fica às vezes um dia super apertado e num outro dia mais tranqüilo</p>	<p>11</p>

		eu penso que é porque a gente ainda não encontrou, não é falta de procurar, eu acho que até não tenha pintado, mas eu penso que é porque a gente ainda não encontrou uma forma legal de estar organizando o trabalho interno e a assim melhorar também o espaço da reunião (Psicóloga).	
	- Conflitos interpessoais são amenizados com supervisões de profissionais externos à equipe de trabalho	<p>A supervisão externa deu uma melhorada assim fantástica. Porque tava assim, além da qualidade técnica, a relação interpessoal no grupo de profissionais estava difícil. Então quer queira, quer não, isso interfere na qualidade técnica né, no que vai ser desenvolvido aqui. O trabalho foi muito positivo. Teve coisas que estavam assim sendo guardadas, remoendo as pessoas e elas foram conseguindo se abrir e o trabalho começou a fluir de novo. Foram momentos pesados, mas que valeu muito (Profa. Ed. Física).</p> <p>Sabe o que é, antes estava tudo encobertado, aí depois do sociodrama que foi feito, surgiu né, explodiu a bomba atômica (risos), e aí ficaram pessoas sem se falar. Mas foi trabalhado no próprio sociodrama esses conflitos, aí depois foi melhorando e ficando tranquilo e o convívio melhorou muito. Então teve a fase inicial de caos e depois foi abrandando, abrandando e aí ficou uma coisa bem legal. Esse trabalho foi bem direcionado pras relações interpessoais e foi muito bom pra nossa equipe, mas só que tinha que acontecer sempre né (Psiquiatra).</p> <p>A gente teve aqui no CAPS alguns profissionais para dar supervisão clínica e também alguns fizeram sociodramas com a equipe. Foi um trabalho que foi bom na época, pois estávamos no primeiro ano do CAPS, construindo propostas, modos de trabalho e além disso, tinha muitas dificuldades de relações. Então esse trabalho que veio de pessoas de fora possibilitou que a equipe entrasse em sintonia, amadureceu as relações do grupo (Psicóloga).</p>	10
	- Equipe considerando-se intolerantes, exigentes, perfeccionistas e não acolhedores com colegas de trabalho	Perfeccionistas! Foram as palavras que mais apareceram hoje nessa vivência inicial, e as pessoas que ficaram de dar a devolutiva entenderam que isso era sofrível pras pessoas. Mas a equipe não assumiu as dificuldades enquanto coisas de serem trabalhadas em equipe. Na equipe ninguém fez essa fala, eu não fiz essa fala, isso foi uma análise que eu fiz depois né. Poxa a gente fala um monte de coisa da gente, das dificuldades e defeitos que a gente	8

		<p>tem, mas em nenhum momento a gente acolheu ninguém. Na equipe ninguém está disposto a cuidar de ninguém, de assumir o problema enquanto relações de equipe (Prof. Ed. Física).</p> <p>Eu acho que essa equipe não é acolhedora você entendeu, eu tenho certeza que não é acolhedora. Ela não é acolhedora pras dificuldades do outro tá, essa equipe não é acolhedora pras dificuldades do outro. Quem tem mais dificuldade tem mais problemas de estar na equipe (Psicóloga).</p> <p>O que eu queria dizer é que essa equipe é muito crítica, a tolerância é zero, e todo mundo sabe e fala disso. Assim, o quadro atual, a situação real é de intolerância (Musicoterapeuta).</p>	
			Total
			70

As relações interpessoais aparecem como um fator de relevância no ambiente de trabalho. Todos os grupos mostraram os *sabores* e *dissabores* de atuar em equipe. Houve relatos que se contrapunham às experiências que cada profissional vivenciava na equipe. Observamos dois posicionamentos: ao mesmo tempo em que a atuação em equipe era sentida como um ponto de apoio, de alívio e de espaço de cuidado, eram feitas queixas de conflitos interpessoais, de injustiças na responsabilização pelo trabalho e de dificuldades para se chegar a um consenso.

“A gente não consegue chegar num consenso, é difícil. Do lugar, do dia, quem vai, quem não vai, o que vai beber, tudo. Fica difícil essas relações na equipe, as pessoas não conseguem concordarem em nada, desgasta né, precisamos melhorar nesse aspecto” (Prof. Ed. Física).

“É preciso aprender a trabalhar as relações interpessoais, penso que isso é importante em um CAPS. Quando vi que esse trabalho é um modo de outras

pessoas verem a nossa realidade, as ações que precisamos, aqui é um espaço para discutir o cuidado dos cuidadores, sabemos que precisamos disso, de pensar em nós, nas nossas relações, essa pesquisa é uma forma de tornar isso visível" (Psicóloga).

A equipe cumpre um papel fundamental para produção do trabalho nos CAPS, pois “na busca de um modelo que rompesse com o paradigma manicomial, a noção de equipe era determinante” (Guljor, 2003, p. 146). Nesse sentido, apontamos, como a autora, para o fato de que a construção do novo modelo de assistência em saúde mental pressupõe uma atuação mais plural por parte dos profissionais, existindo uma multiplicidade de enfoques que caracterizam esse serviço. Dessa forma, “a equipe é um dos atores principais dessa configuração” (p. 85, grifos nossos).

Por esse motivo, a equipe surge como uns dos instrumentos-chave no cenário dos CAPS. Em todos os encontros por nós realizados com os três grupos, o assunto das relações entre os profissionais fazia-se presente durante as discussões, dando a entender que, tomando-se por base esses relacionamentos, a divisão de trabalho que eles estabelecem e o espaço já instituído nas reuniões já citadas, são constituídos o agir e a produção dos resultados no trabalho. Sendo assim, “não é difícil imaginar que o entrelaçamento de visões distintas gera conflitos”, como também traz o enriquecimento e o desafio de construir “estratégias baseadas em pactuações do grupo”, conseqüentemente, desenvolvendo a clínica institucional, fruto dessa dinâmica de relações (Guljor, 2003, p. 85).

Assim entendendo, *as relações interpessoais e o trabalho em equipe precisam ter espaços que privilegiem trocas e reflexões a respeito do exercício de cada categoria profissional*, sendo esse um dos grandes desafios para a construção das práticas interdisciplinares.

Mesmo existindo tensões, houve unanimidade entre os participantes ante a *necessidade de se melhorarem as relações interpessoais*, pois a equipe foi considerada por eles como ponto central de desenvolvimento do trabalho em CAPS. Quando existem muitos conflitos e embates permeando a equipe, os profissionais se desgastam mais e sentem que o trabalho fica pouco produtivo. Dessa maneira, *a integração e apoio da equipe proporcionam melhor desempenho no trabalho*, o que é considerado, pelos participantes, como *um espaço de cuidado para os profissionais*.

“A possibilidade de estar sempre contando com colega, isso alivia a angústia, ou seja, você não tem que trabalhar sozinho, você não tem que definir sozinho, você não é responsável sozinho pela evolução do paciente. Então trabalhar em equipe é uma coisa muito legal que ajuda a aliviar essas tensões. Temos nossos momentos de tensão interna claro, mas no geral alivia a tensão” (Psicóloga).

“Eu, por exemplo, quando eu coloco uma angústia, alguma coisa que está me desagradando na reunião, que compartilho com a equipe e que resolve, não deixa de ser um cuidado comigo, eu tô trabalhando mais tranquila, alivia mais o dia-a-dia” (Psiquiatra).

Os relatos mostram que as *ações de alguns colegas ou da equipe minimizam as dificuldades do cotidiano*. Campos (2005), em sua tese sobre quem cuida do cuidador, elucida como uma equipe de saúde pode funcionar, enquanto cuidadora dos próprios profissionais. Declara, esse autor, que a equipe de saúde pode ser cuidadora de si funcionando como suporte momentâneo para aqueles profissionais que precisam de cuidado.

Nas considerações feitas sobre a *reunião semanal* que acontece com toda a equipe, os participantes avaliaram que esse *momento deveria ser melhor aproveitado por todos os profissionais*. Lembravam sempre que o espaço reservado para essa reunião foi batalhado por todos os profissionais no processo de construção dos CAPS. Entretanto, muitas pessoas sentem que esse lugar não vem sendo aproveitado de maneira que beneficie também as relações interpessoais.

“O texto dois me faz lembrar das reuniões que temos aqui toda semana, claro que não é tão direcionado assim. Acaba que a gente tem momentos que podemos falar de casos que estamos com dificuldades. Apesar que a reunião tem muito mais assuntos administrativos, não dá nem tempo da gente ver sobre nossas relações, as vezes perdemos muito tempo num assunto só” (Psicóloga).

Devido à grande demanda de assuntos técnicos a serem resolvidos, os *assuntos relacionados aos casos e aos profissionais acabam tendo um tempo menor para discussão*. As reuniões foram criadas como espaços de discussão dos casos, de planejamento de ações e também de reflexão sobre os projetos terapêuticos. Essa prática de trocas, saberes, desmonte das relações de poder, dentre outros, é algo que ainda constitui as construções dos CAPS. Os

profissionais acabam por tentar outras possibilidades para um melhor funcionamento das reuniões. São práticas que só podem ser discutidas e implantadas tomando-se por base o coletivo, por isso muitas equipes possuem dificuldades em encontrar soluções ou chegar em um consenso.

Os participantes *avaliaram as supervisões com profissionais externos (as) à equipe como uma estratégia importante na resolução dos conflitos das relações interpessoais*. Quando bem trabalhado, o (a) supervisor (a) consegue fazer emergir assuntos que estavam encobertos e assim dinamizar as relações, melhorando o ambiente de trabalho e o convívio relacional entre a equipe.

“Eu também acho importante esses momentos, porque como eu coloquei no encontro passado, eu penso que todos se beneficiaram com os encontros e penso que deveria continuar essas supervisões. Estamos recebendo novas pessoas e foi muito válido, só trouxe mesmo a crescer. É como elas colocaram aí, parecia que as pessoas mais beneficiadas eram as que foram mais resistentes, isso é bem claro e evidente. Nossa, sem dúvida a equipe melhorou, porque tava numa situação que até se você entrasse na unidade ia sentir o clima, tava pesado” (Profa. Ed. Física).

Nos CAPS pesquisados já havia sido introduzida a supervisão com profissionais que não pertenciam aos quadros técnicos dos serviços. No ano em que se realizou esta pesquisa (2005), os CAPS que participaram da investigação estavam sem os serviços de supervisão, por isso os relatos foram feitos por profissionais que já estavam trabalhando no CAPS e tiveram as supervisões no ano de 2004.

As supervisões têm como objetivo permitir aos profissionais avaliar e repensar suas práticas, permitindo que a equipe desenvolva uma capacidade crítica das relações que estão sendo estabelecidas e os reflexos no trabalho (Vasconcelos, 2001). Com isso o profissional pode participar e engajar-se no processo de elaboração e transformação das relações que são constituídas com a equipe e com o usuário. Desse modo, as verbalizações demonstraram que as *supervisões desempenham papel fundamental na coesão e integração da equipe*.

Após alguns encontros com os grupos pesquisados, algumas pessoas começaram a *relatar suas percepções em relação ao modo de funcionamento de sua equipe*. Indicaram as características que dificultavam as relações interpessoais, como, por exemplo, a intolerância com colega de trabalho, a exigência no sentido de que o colega tenha os mesmos comprometimento, conhecimento e responsabilização, e o não-acolhimento dos colegas que se mostravam pouco produtivos.

“A minha sensação desse funcionamento nosso é como de um trem mesmo, eu tô num trem numa velocidade e aí chegaram as pessoas, por exemplo, nossos colegas chegaram numa reunião que o ‘pau tava quebrando’ e então não deu pra dizer assim: olha, bem vindos, lindos né, não dava! Todo mundo falou rapidamente oi, tudo bem, todo mundo falou né, mas continuou o ‘pau quebrando’. Não tem nada disso de acolhimento” (Psicóloga).

“Algumas pessoas mais novas no serviço fizeram uma avaliação na equipe que eu acho que me fez pensar um pouco também nesse sentido de a gente tá cobrando, querendo que a pessoa caminhe como você e o movimento dela é outro. Então assim, já demonstraram que nossa equipe não foi muito acolhedora” (Psicóloga).

No relato dos participantes *parecia não existir uma flexibilidade de alguns da equipe em relação aos trabalhadores que não possuíam uma implicação e disponibilidade aos objetivos e projetos preconizados pela reforma psiquiátrica*. Ramminger (2005), em sua pesquisa sobre a saúde dos trabalhadores da saúde mental, mostra que alguns profissionais se esforçam para se adequar às exigências de outros colegas. Para a autora, dois caminhos diferentes podem abrir espaço para o adoecimento: o de não encaixar-se no modo de trabalho que a equipe de saúde mental exige, e o aparecimento do trabalhador-militante que, por seu envolvimento afetivo, sobrecarrega e desgasta o cotidiano de trabalho, por exigir mais tarefa e esperar que o colega também se responsabilize tanto quanto ele.

Ressaltamos que a *tomada de consciência* das características citadas acima, percebidas por alguns profissionais, *foi importante para o processo de mudança do olhar e agir com o colega que está inserido no mesmo ambiente de trabalho*, o que possibilitou novas atitudes na relação com a equipe.

4.3. Sofrimento psíquico

Quadro 3 - Sofrimento psíquico

Categoria	Indicadores / Temas	Verbalizações	Freq.
Sofrimento Psíquico	- Angústias e preocupações no envolvimento com sofrimento do usuário	Existem casos que a gente leva pra casa como, por exemplo, de um adolescente que eu comecei o atendimento dele no turno vespertino e quando mudei para matutino tive que deixá-lo de atender e que nesse mês veio a falecer. Isso me deixou muito triste, sofri muito e levei isso pra casa e esse sentimento ficou por um tempo. Não tive como compartilhar isso com a equipe, não tivemos tempo (Psicóloga).	19

		<p>Na minha experiência, que eu já tenho mais tempo na saúde mental, que é uma área de muito sofrimento, eu consigo separar um pouco. Agora tem dias que eu vou embora preocupada, chateada, e a gente acaba criando mecanismos pra não deixar tomar proporções muito grandes. Mas todos esses sentimentos existem, ainda mais quando a gente tem um envolvimento maior com usuário, é sofrido mesmo, a gente se preocupa e envolve mais (Psiquiatra).</p> <p>Esse menino eu tava lá no dia que ele chegou no Hospital, então eu vi ele lá todo lindo antes de começar a fazer o tratamento (começa a se emocionar e chorar). Eu vi todo o resultado, eu passei junto com ele por todo o sofrimento do tratamento e teve um dia que eu cheguei e fui fazer o atendimento e a única música que eu consegui cantar naquele dia foi: 'nessa rua, nessa rua tem um bosque que se chama, que se chama solidão, dentro dele, dentro dele mora um anjo, que roubou, que roubou meu coração' (chora ao terminar a música). Quando eu sai do hospital aquele dia eu sabia que aquela música era minha, não era da sessão, foi a única que eu consegui cantar naquele dia. Eu já estava em terapia, eu levei isso pra psicóloga quando eu tava trabalhando, e assim, doeu muito pra mim (chora) (Musicoterapeuta).</p>	
	<p>- Sentimento de angústia, decepção, frustração e raiva quando o tratamento não atende expectativas do profissional e quando a família do usuário não adere ao tratamento</p>	<p>No CAPS a gente depende muito da família, e isso é muito frustrante, porque às vezes você diz: olha tem que vir no grupo, e aí a família não traz, a família foi resolver outra coisa, não quis que ele viesse, acha que não precisa. Você medica de uma forma e a família acha que a medicação tem que dar diferente, aí ao invés de dar um comprimido, dá meio. Então é frustrante e sofrido por conta disso, e isso é pro benefício do paciente. E eu tenho mais dificuldade de lidar com a família do que com o próprio usuário, sabe, lidar com esse tipo de família é difícil e a gente sofre muito (Psiquiatra).</p> <p>Na hora que eu percebi que ela (usuária) estava usando droga aqui eu fiquei com muita raiva dela, porque a gente tinha passado uma hora conversando, procurando entender o que estava acontecendo com ela, porque que ela fazia aquilo. Ela tinha concordado com tudo que eu tinha dito, tudo que combinamos, e passou um segundo e ela já tava lá. Na hora me deu muita raiva dela</p>	<p>13</p>

		<p>mesmo. Eu acredito tanto na musicoterapia, e quando eu vejo que o que eu faço não dá certo me dá uma angústia muito grande (Musicoterapeuta).</p> <p>Isso me causa um sofrimento: problemas de relação com família. Eu fico irritada, eu acho que é difícil, é do movimento da doença aderir ao tratamento, ter uma melhora. Mas tem uns que não melhoram, então acho que isso frustra a gente, porque eu vou evitando trabalhar com família. Quando você tem que trabalhar com família e a família não se responsabiliza, isso sim, isso me incomoda mais profundamente sabe, sofro com isso, fico irritada e tem horas que dá vontade de sacudir e falar assim: ou acorda! (Psicóloga).</p>	
	<p>- Dificuldades nas relações interpessoais de trabalho</p>	<p>Existe também uma dificuldade de equipe, sabemos que o trabalho em CAPS é muito diferente, temos uma filosofia diferente de trabalho e tentamos trabalhar dessa maneira. Mas isso com várias pessoas fica um pouco difícil. Tivemos momentos na equipe em que ficamos só três pessoas no CAPS, todas as outras saíram. Existe um sofrimento maior entre a gente, porque temos que trabalhar também a equipe, temos que ter objetivos comum, e sabemos que esse é um trabalho difícil (Psicóloga).</p> <p>Com a equipe eu acho que eu me equivoque às vezes, eu falo coisas que não devia entender, tanto é que hoje eu vou começar um curso pra eu me adaptar melhor, pra eu me qualificar melhor. A equipe é que mexe mais comigo, tenho mais tensão com isso, porque eu não sei se é preconceito, não sei o que é, porque às vezes mesmo eu sabendo que eu tenho razão, parece que eu não tenho, não sei se é por aí. Da maneira como eu entrei teve alguns problemas, algumas pessoas não gostaram, então tá um conflito aqui, eu sofro com isso, e isso tá difícil pra mim (se emociona) (Artista Plástica).</p> <p>Aqui os profissionais entram e saem a toda hora e sempre tem uma nova equipe que chega e encontra resistência na equipe que está, tudo isso tem que ser sempre trabalhado. O que dói muito é ver a resistência do outros para trabalhar em equipe e quando isso acontece fica difícil em ambiente de CAPS. Existem sofrimentos entre a equipe, por isso as pessoas saem (Psicóloga).</p>	<p>11</p>

	<p>- Atuação no papel de técnico referente gerando preocupação, responsabilização e angústia</p>	<p>Eu quero falar como eu avalei mais essa coisa assim que é angustiante, porque por exemplo, teve uma situação com um usuário que eu sou referente que eu sofri muito com a perspectiva que ele poderia suicidar. Então, pontualmente, eu me sinto mexida em situações específicas, não é o cotidiano de lidar com usuário que me causa esse sofrimento, mas sim em algum momento ou quando sou referente, sinto mais esse sofrimento e responsabilidade (Psicóloga).</p> <p>Estou em terapia também, já levei várias coisas daqui pra serem trabalhadas com meu terapeuta lá. Ele sabe de muita coisa daqui, eu me lembro que na semana passada eu comentei alguma coisa aqui com esse grupo sobre a relação que se estabelece de referente com o adolescente e que isso pra mim é ainda meio complicado. Eu sempre tenho tentado entender melhor essa relação, mas eu sofro muito ainda, porque eu me sinto muito responsável pelo usuário e aí quando não dá certo eu que fico em pânico, eu fico preocupada, sem saber o que eu fiz de errado, o que eu podia ter feito que eu não fiz, e aí eu sofro muito (Musicoterapeuta).</p> <p>Essa dificuldade no papel de referente a gente percebe em quase toda a equipe, uma dificuldade de estar separando ou limitando o papel de referente. Porque a gente envolve muito com determinados usuários e fica uma situação que às vezes a gente leva um caso pra equipe e a gente começa a perceber que é como a gente tivesse defendendo um filho, e assim, fica uma coisa até engraçada. Isso acontece mais com o papel de referente. Porque quando se é referente você é responsável por aquele usuário dentro da unidade, então tendemos a sofrer mais com esses casos (Psicóloga).</p>	6
	<p>- Insatisfações e desmotivações com a baixa remuneração, dupla jornada de trabalho, falta de reconhecimento no trabalho</p>	<p>Eu acho assim que meu maior desafio das duas uma: ou vai indo e eu vou ter que procurar um outro espaço pra eu ficar melhor, ou se não eu vou ter que realmente me dobrar e aceitar esse espaço aqui. Aceitar isso é muito difícil e sofrido, tenho trabalhado muito isso, era pior, eu queria as coisas certinhas assim sabe. Então pro bem do trabalho em equipe eu fui mudando esse jeito meu de ser muito preto no branco sabe. Mas eu fico pensando que eu já fiquei tão flexível e eu não noto essa contrapartida da equipe né, e às vezes, às vezes não, hoje eu estou assim, isso me desmotiva de um tanto, me deixa tão sofrida e com vontade de deixar todo esse trabalho de lado</p>	6

		<p>(Psicóloga).</p> <p>Eu acho que nenhum de nós deveríamos trabalhar na área da saúde mental da maneira que a gente faz, por exemplo, pra estar almejando alguma coisa é preciso uma jornada dupla de trabalho. Eu trabalho o dia todo e a semana toda com saúde mental assim sabe. Isso pra você ter um mínimo, pra você ter o básico, pra você ter onde morar, pra você ter um carro pra sair, pra você ter como sair que também é necessário, pra você ter um mínimo de condição de vida mesmo né, de vida digna pra um investimento que você fez pro resto da vida, isso pega sabe, a gente sofre com isso. (...) Eu gostaria tanto de me sentir satisfeito com minha remuneração, porque eu fico preocupado com a baixa remuneração do profissional de saúde, é muito pouco, isso ajuda no processo de adoecimento (Musicoterapeuta).</p> <p>Eu sinto que desde que eu entrei pra área da saúde mental, que acho que foi há mais ou menos um ano meio, eu fiquei muito descrente com essa área. Eu era muito militante, corria atrás das coisas, planfetava, acreditava em um monte de ideais. E agora eu não sinto mais vontade de nada disso, é difícil sabe, eu não sei se foi só a entrada para saúde mental, mas com certeza eu ter entrado pra essa área contribuiu muito pra esse meu desânimo (Assistente Social).</p>	
		Total	55

Sabemos que em qualquer relação humana há mobilizações de conteúdos psíquicos que ativam afetos e representações que se estabelecem nos vínculos, e assim, não é diferente o contato / vínculo entre profissional e usuário, profissional e profissional, profissional e instituição (Fraga, 1997).

Logo, na análise dos dados, identificamos nas verbalizações dos participantes *indicadores de sofrimentos psíquicos que são vivenciados no cotidiano de trabalho, envolvendo as seguintes relações: profissional–usuário, profissional–profissional (relações interpessoais) e profissional-instituição (organização do trabalho).*

Fraga (1997) considera o relacionamento entre profissional e usuário fundamental para as intervenções de trabalho, essa relação é o que dá sentido ao processo terapêutico. Assim, a relação profissional–usuário aparece mais enfatizada e mobilizadora de fortes sentimentos.

“Esses dias eu chorei muito junto com uma usuária, eu chorei junto com ela sabe, a história dela era muito sofrida... foi muito difícil” (se emociona) (Artista Plástica).

“Sinto também muito esse sofrimento, sinto essa angústia e me sinto muito mal, porque eu quero ajudar ele (usuário). Eu acho que aqui a gente se envolve até mais, conversa mais com os pacientes e até leva esses problemas com a gente, fico pensando o que eu posso fazer, como ajudar, é muito sofrido” (Enfermeira).

Nesses relatos podemos perceber a presença do *envolvimento na relação profissional–usuário* provocando e suscitando sofrimentos com sentimentos de angústia, impotência e preocupações, demonstrando, com isso, que a proximidade com o usuário pode, muitas vezes, colocar o cuidador da saúde mental diante de seus conflitos e inseguranças.

Nesse sentido, Osório (2003) explica que os profissionais da área de saúde possuem a função de cuidar de pacientes e promover a eles o bem-estar físico, psicológico e social e, por isto, “esses cuidados requerem uma atitude de disponibilidade que vai além de suas competências técnicas para o exercício de suas funções” (p.127). Por não saberem lidar com o sofrimento do usuário, alguns profissionais podem disfarçar ou esconder esse sentimento, o que pode gerar acúmulo de tensão, adoecimento e o próprio desequilíbrio psíquico.

Dejours e Abdoucheli (1994) assinalam que negar a própria dor e sentimento revela o uso de defesas individuais, que servem para amenizar a percepção da realidade. Mendes e Morrone (2002, p. 33) explicam que as defesas visam “evitar o aspecto doloroso, muitas vezes inconsciente, que o sofrimento resgata para o trabalhador, sendo difícil o confronto e a convivência com esse sentir para a manutenção do equilíbrio psíquico”. Desse modo, a utilização das estratégias defensivas tem o seu papel positivo, no entanto, as autoras observam que a utilização dessas estratégias “pode mascarar o sofrimento psíquico quando provoca estabilidade psíquica artificial, adquirindo assim uma dimensão patológica que interfere tanto no atendimento aos objetivos do trabalho, quanto na vida social dos profissionais” (p.35).

Dessa maneira, ter um espaço, como já proposto pelos participantes na categoria anteriormente citada, para que os profissionais de saúde aprendam a lidar com questões emocionais geradas pelo ambiente de trabalho, pode contribuir para o alívio de tensões. Além disso, pode melhorar as relações com os usuários, familiares e equipe de trabalho, diminuindo as defesas e os possíveis riscos de comprometimentos físicos e psíquicos. Osório (2003) corrobora com essa ideia ao afirmar que a equipe precisa ser estimulada a reciclar conteúdos e sentimentos relativos ao trabalho, tendo por base sua própria competência relacional e, como função primordial, um “espaço-continente onde todos se sintam predispostos a intercambiar vivências ansiogênicas do seu dia-a-dia profissional, bem como a refletir prospectivamente sobre formas de mitigá-las e promover mudanças para atenuar sua reincidência futura” (p.131).

Outro fator de sofrimento relacionado à relação profissional-usuário ocorre *quando o tratamento planejado* que o profissional faz (tanto do usuário,

quanto da família) *não atende ao esquema que ele espera* e, portanto, não corresponde a suas expectativas e necessidades na relação estabelecida.

“O que eu sinto é uma angústia e auto-cobrança muito grande de querer ver resultados, é muita ansiedade também. Eu vejo que nos trabalhos com adolescentes eu planejo algo pra eles e penso que vai ser super legal e de repente não tenho o resultado que esperava, eles não gostaram tanto assim ou não deu certo, isso gera uma tristeza, vou pra casa mal com isso e fico pensando como poderia fazer melhor” (Musicoterapeuta).

“A gente precisa contar com a família, mas eu não tenho essa habilidade, mas isso é só com a família que não adere, porque a família que adere ela tá dentro, faz seu papel. E eu me culpo e sofro muito porque eu penso que eu deveria ter essa habilidade” (Psicóloga).

Além dos mencionados, surgem sentimentos, também mobilizadores, de raiva, decepção e frustração. Enfrentar essa *rotina de oscilações de sentimentos pode estressar e desgastar o emocional dos profissionais de saúde* e passar a maior parte do tempo aliviando o sofrimento alheio pode trazer conseqüências na saúde do profissional. Para Dejours (1999), tentar compreender o sofrimento do outro “provoca uma experiência sensível e uma emoção a partir das quais se associam pensamentos cujo conteúdo depende da história particular do sujeito que percebe: culpa, agressividade, prazer, etc. A percepção do sofrimento alheio provoca, pois, um processo afetivo” (p. 45). Este autor considera que há uma subjetividade introduzida no contexto de trabalho, permeada por sentimentos que precisam ser elaborados, pois a impossibilidade de exprimir o sofrimento no

trabalho constitui um obstáculo para o viver mais saudável no ambiente laboral e nas relações sociais.

A atuação do profissional de saúde mental no *papel de técnico referente* do usuário aparece, para maioria dos participantes, como causadora de maiores responsabilizações durante o tratamento, o que resulta no aumento de preocupações e angústias.

“A forma como eu me ligo a determinados usuários me faz sofrer às vezes, principalmente quando sou referente. Durante um bom tempo a minha relação com um determinado usuário foi muito complicada, primeiro porque eu me interessei muito pelo caso, e depois porque eu me sentia responsável por diminuir aquele sofrimento sabe. Num determinado momento eu até procurei a médica pra falar pra ela que eu tava muito angustiado com aquilo, porque eu tava pensando como é que a gente poderia diminuir aquele sofrimento dele, acaba que a gente se preocupa mais e sofre mais com determinados casos” (Prof. Ed. Física).

“Eu fiquei muito frustrada com meu papel, tanto de terapeuta, como de referente. Esse papel de referente pra mim é ainda meio complicado, porque eu percebo que eu acabo me envolvendo muito com o adolescente, e aí eu sofro demais” (Musicoterapeuta).

O profissional quando atua como referente fica responsável pelo usuário dentro do CAPS e também pelos devidos encaminhamentos realizados com outros profissionais do CAPS. Isso o faz sentir-se mais responsabilizado pela pessoa em

atendimento, o que levanta maiores preocupações e angústias na relação profissional–usuário.

Silva (2006) faz considerações relevantes sobre as práticas do técnico de referência, considerado nos CAPS como um “profissional que regula e gerencia um conjunto de recursos e encargos pelo cuidado” (p. 3). O autor elucida que os técnicos de referência apresentam-se como uma estratégia de gestão para reorganizar o serviço em equipe. Esta mudança de atuação faz com que os vínculos entre profissional, usuário, família e comunidade fiquem mais próximos, ocasionando o aumento de responsabilidade pelo trabalho e a “implicação do profissional nesse projeto reformista” (p. 5).

Os relatos demonstram que os profissionais apresentam algumas dificuldades no desempenho de *técnico de referência*, em especial porque este termo e forma de atuação surgiram no campo da saúde mental, especificamente no movimento pela reforma psiquiátrica brasileira. Logo, há ainda dúvidas no agir e nos sentimentos que são envolvidos pela vinculação que se estabelece entre o profissional referente e usuário.

Os estudos de Silva (2006) trazem contribuições que ratificam essas afirmações ao contextualizar a reconfiguração das relações (técnico de referência-usuário-família-comunidade) no campo da saúde mental. O autor afirma que “há muita *incerteza em definir esse papel*, sobre quais são suas funções e responsabilidades. Além disso, percebe-se uma certa tensão quando se procura esclarecer quem está exercendo a referência e quem poderia exercê-la” e complementa: “(...) se fala muito de *responsabilizar-se pelo usuário*, às vezes mais, às vezes de um modo diferente, quando se é técnico de referência” (p. 15, grifos nossos).

Dessa maneira, existe uma demanda, por parte da equipe de trabalho dos CAPS estudados, no sentido de propiciar mais momentos em que se possa discutir e avaliar essa atuação do técnico referente para o profissional de saúde. Afinal, a “terminologia para *designar essa responsabilização é múltipla – envolvimento, compromisso, engajamento ou vínculo – e nem sempre fica claro se o que se pretende estreitar são as relações entre serviço e população, profissional e usuário, funcionário e organização ou todos eles*” (Silva, 2006, p. 23, grifos nossos).

No indicador *dificuldades nas relações interpessoais de trabalho* existem mobilizações de sentimentos na relação profissional–profissional, demonstrando que esse aspecto também merece atenção no cotidiano de trabalho.

“Tem gente que nunca consegue ser mais objetivo, toma a fala do outro, então eu sofro um com isso sabe, não há respeito, têm relações que são trincadas, eu penso que isso é algo que traz sofrimento na nossa equipe” (Assistente Social).

“Eu vejo assim: o funcionamento do CAPS é um funcionamento que prevê uma responsabilização por parte do técnico, e quando alguns técnicos não se responsabilizam o quanto deveriam eu sofro com isso e fico irritada. Eu vejo eu fazendo, eu vejo parte da equipe fazendo e vejo que alguns da equipe não fazem, sabe e assim não dá, desgasta a equipe” (Psicóloga).

Como foi visto na categoria anterior, o convívio relacional é fonte de apoio, bem como de conflitos. Dessa forma, o desequilíbrio e tensões vivenciados nas relações da equipe são fatores que também contribuem para o sofrimento no trabalho. Portanto, “a falta de integração da equipe e de espaços de escuta e

reflexão podem ser identificados como fatores que contribuem para o adoecimento dos trabalhadores” (Ramminger, 2005, p. 85).

Na pesquisa de Fraga (1997), o compartilhar da equipe, como as reuniões para discussão de casos, do andamento do serviço, contatos interinstitucionais, supervisões, constituem mecanismos que podem contribuir para o apoio à realização do trabalho e a melhora das relações interpessoais. A autora considera o fator humano como recurso mais importante do campo da saúde mental. Assim, avaliar como estão sendo desenvolvidas as relações interpessoais e as relações com usuário é imprescindível para o desempenho no trabalho.

Na literatura consultada, verificamos que os estudos realizados sobre as relações no ambiente de trabalho revelam que as reflexões compartilhadas da rotina e dos casos atendidos podem ajudar a administrar os conflitos vivenciados no dia-a-dia dos profissionais. Além disso, contribuem para diminuir o sofrimento psíquico, o estresse e a sobrecarga emocional (Fraga, 1997; Tittoni, 1994; Migott, 2001; Ramminger, 2005).

A baixa-remuneração, a dupla jornada de trabalho e a falta de reconhecimento no trabalho produzem insatisfações e desmotivações ligadas ao exercício profissional, gerando sofrimentos ao lidar com a realidade em que o profissional de saúde está inserido no atual momento de nossa sociedade.

“Pensar no sucateamento da saúde entende, eu acho que isso é a maior causa sabe, é um dos fatores que mais faz o profissional de saúde sofrer. Eu acho que aqui nós estamos assim: ah, eu tenho dois empregos, eu tenho três ou quatro; então a gente vive, acaba que não reclamando tanto, porque nossa tem fulano que coitado só tem um e deve tá sofrendo, complicado essa condição né. (...) A

gente perde a qualidade de vida, de saúde mesmo, da condição de trabalho. Então assim, que trabalho nós estamos fazendo dentro da saúde mental? Eu estou questionando o meu trabalho nessa condição" (Musicoterapeuta).

Os participantes se sentem desmotivados com o seu campo de atuação na saúde, com as condições materiais, financeiras e psicológicas que precisam enfrentar no cotidiano do ambiente laboral e, conseqüentemente, devido ao sofrimento produzido por essas adversidades. Essas situações, no entanto, fazem parte da organização do trabalho, estabelecendo o vínculo entre profissional-instituição. Migott (2001) esclarece que, quando a relação entre trabalhador e a organização de trabalho não é compatível, ocorre um conflito entre o desejo do trabalhador e a realidade do trabalho. "Aparecem o bloqueio, o cansaço, a frustração, as dificuldades das relações interpessoais, a desesperança; então, começa o sofrimento, que pode gerar sentimentos de desprazer e tensão pessoal e profissional" (p. 176).

Dessa maneira, para analisar os efeitos do trabalho na vida dos profissionais e sua subjetividade, é preciso levar em conta também os fatores que definem o contexto socioeconômico e cultural. Portanto, a dimensão subjetiva está relacionada a essas experiências concretas que são marcadas pelas formas de organização da instituição (Tittoni, 1994).

Pelos relatos, observamos que o contexto de trabalho não pode ser identificado somente como fonte de prazer ou sofrimento. Há implicações de diversos fatores, como os já identificados; as combinações dos dados relatados oferecem um parâmetro da complexidade de relações (objetivas e subjetivas) presentes no cotidiano laboral.

De tal modo, as relações de cuidado formam uma trama muito complexa e preocupante, pois evidenciam sofrimentos a que os profissionais de saúde mental estão sujeitos, ao realizarem suas tarefas. Nesse sentido, parece inevitável um espaço em que se possa discutir e refletir sobre essas relações e, com isso, contribuir para melhorar o relacionamento existente entre o profissional (profissional–usuário), o pessoal (profissional–profissional) e o institucional (profissional–instituição).

Reconhecer e buscar formas de atuação mais benéficas nos relacionamentos existentes no trabalho é um ponto fundamental para que os profissionais de saúde mental evitem sofrimentos psíquicos a que estão sujeitos no palco profissional.

4.4. Dificuldades da atuação profissional no novo modelo de atendimento em saúde mental

Quadro 4 - Dificuldades na atuação profissional no novo modelo de atendimento em saúde mental

Categoria	Indicadores / Temas	Verbalizações	Freq.
Dificuldades na atuação profissional do novo modelo de atendimento em saúde mental	- Necessidade de capacitação aos profissionais trabalhadores dos CAPS	Eu sou nova nessa área, e nunca fui capacitada para trabalhar em CAPS. Então sinto falta disso e tenho essa necessidade de capacitação (Psicóloga). A visão que o pessoal tem de CAPS lá fora é muito deturpada, mas um pouco eu falo até que eles tem uma certa razão porque realmente quem tá entrando no CAPS não tem essa mínima informação, não chega nem a ser formação, é a mínima informação de como trabalhar em um CAPS, entendeu. Então fica complicado porque como você defende uma forma de trabalho se você não tem as informações necessárias. Então eu, no meu ponto de vista, acho que deveria ter	18

		<p>capacitação mesmo. A equipe inteira tem que ter um conhecimento mínimo a respeito de CAPS, até pra saber se posicionar melhor no trabalho (Psicóloga).</p> <p>Uma coisa que pode ajudar muito é essa coisa do acompanhamento e da capacitação, porque se investir nisso pode fazer a pessoa cair na real de onde ela tá, no serviço que ela tá, isso eu acho importante, eu já vi isso em alguns lugares. Então eu acho que capacitação, até mesmo algum trabalho de tomada de consciência do que eu tô fazendo aqui né. Isso eu acho em qualquer serviço e no serviço público também tem que ter, eu acho que em todo ambiente de trabalho que as pessoas fazem isso as pessoas saem ganhando (Musicoterapeuta).</p>	
	<p>- Políticas públicas dificultando atuação profissional: falta de suporte da rede de atendimento</p>	<p>Isso passa por questões de políticas públicas e não há nada pra oferecer, principalmente algo material, nem muito menos vale-transporte. E de material eu não tenho nada a oferecer, o papel de assistente social é pra estar em um serviço de ponta, mas isso depende muito de políticas públicas, isso me incomoda muito, porque aí nem tem jeito da gente realizar o que é proposto pra gente (Assistente Social).</p> <p>Na minha profissão tem diversas e muitas coisas que geram expectativas e decepções. Porque assim a gente trabalha com a miséria, a gente administra a miséria, porque as pessoas que são usuárias do SUS vivem em uma condição bem precária, e você trabalha com políticas públicas e isso significa administrar a miséria. Então acho que as decepções são constantes, e trabalhar com tantas decepções é difícil, a gente não conta com muita coisa não, não tem muito retorno (Assistente Social).</p> <p>A forma que a política pública se organiza muitas vezes trás dificuldades pra nossa atuação profissional, uma série de questões que dificulta o trabalho. Política pública, política habitacional, os programas, por exemplo, eu trabalho com o usuário aqui, mas não é isalodamente, é a família né, o contexto familiar. E ter uma política extremamente precarizada é muito complicado, ou seja, a falta de uma rede estruturada ou até em processo de estruturação traz conseqüências pro nosso trabalho (Assistente Social).</p>	<p>9</p>

	<p>- Dificuldades da equipe de trabalho na atuação interdisciplinar</p>	<p>Tem uma sugestão que foi colocada na reunião que é da gente estar aprofundando nas nossas áreas e conhecendo melhor as nossas áreas. Acho que é necessário a gente ter um pouco mais dessa troca das diversas áreas, por que a gente tem um plano de ação que é de atuar assim, mas sabemos que isso não acontece, temos as nossas dificuldade (Prof. Ed. Física)</p> <p>A gente não faz um planejamento nem antes e nem depois, a gente nem sabe o que acontece em cada um dos grupos, a gente não sabe como é que os adolescentes se comportam lá no grupo de vocês, como é que eles estavam no meu grupo de musicoterapia ou como é que ele tava em outra atividade. Então quer dizer, a gente não tem esse tempo nem pra trocar o que a gente tá fazendo com eles. Então qual que é o sentido desse trabalho interdisciplinar ou, porque no caso fica sendo mais multidisciplinar, porque ai é cada um separado mesmo, e não inter como deveria ser (Musicoterapeuta).</p> <p>Mesmo eu sendo supervisora técnica, eu não sei o que você pode fazer, ai você tinha que estar passando isso pra gente, você entende? Eu sei que são várias formações, mas dentro da sua formação não tem como eu entrar e direcionar uma coisa que eu não sei, por isso tem que ter as trocas de conhecimentos. Sei que ainda isso é difícil fazer aqui, temos que avançar (Psicóloga).</p>	8
	<p>- Não conhecimento dos profissionais de outras áreas em relação à atuação do Prof. Educação Física na saúde mental</p>	<p>A visão mais comum que as pessoas têm da educação física é que é apenas um esporte, limitada ao esporte. Ai quando a gente tenta trazer outros elementos, outras formas que parece não ser da educação física acaba não sendo bem recebido. Então acho que isso é uma coisa pra ser refletida, discutir com a equipe algo novo da educação física além de atividades físicas (Prof. Ed. Física).</p> <p>As pessoas vêem a ed. física somente como atividade física, elas acham que a gente deve estar sempre pra cima, alegre, divertida. Quando cheguei aqui as pessoas cobravam muito isso, mas a minha formação e minha maneira de trabalhar é mais lúdica e prazerosa. A educação física não é só mexer com corpo ou fazer ginástica, é mais que isso, às vezes ficar parado também é bom (Profa. Ed. Física).</p> <p>Eu vejo a importância do meu papel aqui como profissional de ed. física muito assim de tentar</p>	5

		fazer com que os usuários e os profissionais também consigam enxergar o trabalho da saúde mental através da ed. física. A profissão que eu escolhi tem outras coisas a contribuir, por exemplo, você propor uma prática de jogo, uma prática de abraço, uma prática de caminhada, de brincadeira. Tenho que passar isso, porque a maioria das pessoas não enxergam esse outro lado (Prof. Ed. Física).	
	- Dificuldades de trabalhar com alguns colegas que não estão preparados tecnicamente para atuar na saúde mental	<p>Tem pessoas na equipe que mostram que não estão preparadas para estar em equipe e até mesmo para trabalhar em um CAPS, e é muito difícil trabalhar com essas pessoas (Psicóloga).</p> <p>Uma dificuldade é eu ter a impressão de que a pessoa não está instrumentalizada. Eu tenho insegurança de falar assim: nossa, o fulano vai ser atendido por aquela ciclana ou com ciclano profissional do CAPS, eu acho que a pessoa não vai dar conta né. Por exemplo, ontem a gente passou um situação aqui que uma colega nossa foi ser referente de um usuário muito complicado e muito difícil, e eu pensava assim e até falei: ela referente dele! Sabe, aquilo de vez em quando me preocupava né. Então assim, alguma falta de competência dos colegas torna difícil o trabalho (Prof. Ed. Física).</p> <p>Eu acho que isso passa por uma questão até mais séria então, até mais técnica, porque assim realmente eu acho que nosso papel não é esse mesmo de ficar ensinando ninguém, eu acho que até assim: fulano você não dá conta de falar sobre psicopatologia eu indico essa bibliografia e me dá licença que eu tenho que fazer meu trabalho, não dá pra ficar ensinando, isso dificulta o nosso trabalho (Musicoterapeuta).</p>	6
		Total	46

Durante os relatos nos grupos, houve concordância entre todos os participantes no sentido de que há, de fato, *necessidade de investir em programas que possam capacitar os profissionais a atuar no campo da saúde mental*. Percebemos que as demandas para a implantação das capacitações são mais reivindicadas por trabalhadores recém-chegados ao serviço, pois, inicialmente, até mesmo pela falta de preparação durante a formação, ficam inseguros e confusos.

Isso muitas vezes gera dificuldade de integração na equipe e insegurança no agir com o usuário.

“Concordo com você que tem que ter capacitação pra nós. Existem algumas informações a respeito de saúde mental e de funcionamento do CAPS que quem chegou agora de outras áreas, por exemplo, área da educação, eles não sabem nada, aí fica até difícil na hora de trabalhar juntos” (Musicoterapeuta).

“Cheguei aqui há pouco tempo e no momento me sinto confusa, sem saber direito como aproveitar as coisas que eu sei. (...) Tem pouco tempo que estou trabalhando aqui no CAPS e também na área da saúde mental e eu ando sentindo que eu levo muita coisa pra casa, dos usuários daqui, deve ser o começo né, porque acho que depois eu devo acostumar. (...) Tem dia que tá legal, tem dia que não tá, queria me sentir mais preparada, sinto ainda que faço as coisas por intuição” (Artista Plástica).

Nos encontros percebemos também dois grupos com diferentes formas de atuação: por um lado havia profissionais experientes, que fizeram a opção por atuarem em um novo modelo assistencial e acreditam no trabalho que estão desenvolvendo, e profissionais sem experiência do campo da saúde mental, ou seja, com dificuldade para lidar com a clientela do CAPS escolhido, tendo em vista os objetivos que foram traçados pela reforma psiquiátrica. Nesse processo, houve relatos de profissionais insatisfeitos com projetos ou não-compatibilização com a entrada de outros colegas, o que faz com que algumas equipes tenham maior rotatividade de profissionais. Uma das razões apontadas para esse fato foi o pouco investimento na capacitação da equipe.

Mello (2005) ressalta que esse sentimento de despreparo aponta para uma crise entre a identidade profissional preconizada pela atual política de saúde mental e a identidade profissional socialmente construída ao longo da formação acadêmica. Logo, as solicitações que os participantes fizeram a respeito de investimentos para capacitação trazem o desejo de que possam se tornar mais aptos e seguros no desenvolvimento do seu trabalho e, conseqüentemente, consigam dialogar com a equipe de modo mais integrado.

Rodrigues e Braga (2002) alertam para a importância da capacitação no ambiente de trabalho e justificam que essa proposta fornece aos profissionais “subsídios para que eles possam se articular, de forma mais saudável e criativa, às situações que se apresentam à sua equipe” (p.56). Desse modo, acrescentamos que o reflexo dessa prática também terá efeito nos usuários, proporcionando o desenvolvimento de intervenções integradas ao projeto construído pela equipe.

Podemos fazer aqui uma observação para as instituições de ensino responsáveis pela formação dos profissionais de saúde, no sentido de que eles também precisam se responsabilizar pelo preparo do profissional. É necessário que proporcionem disciplinas que ofereçam o conhecimento e a atuação do modelo assistencial em saúde mental, que desenvolvam trabalhos com outras áreas da saúde para facilitar a prática interdisciplinar, o compartilhar em equipe, a troca de saberes. Enfim, é preciso atualizar o ensino e as novas formas de atuação que o campo da saúde exige dos estudantes quando estes se tornam profissionais.

Outra questão refere-se às *limitações dos serviços relacionados ao campo da saúde mental* e, sobretudo, das *ações de suporte social na rede de atendimento*. Esse é, particularmente, o fator apontado pelos participantes como

um bloqueador da atuação profissional, gerando descrédito no papel desenvolvido pelas políticas públicas.

“O serviço tem que ser digno no sentido de prestar assistência, se propõe prestar assistência medicamentosa, terapêutica, tem que prestar mesmo né, essa história de não ter remédio, de não ter como vir pro serviço porque não tem vale-transporte, isso de fato incomoda. Muitas vezes não temos o suporte aqui dentro pro nosso usuário, imagine lá fora” (Psicóloga).

“Tem vezes que a pessoa precisa estar aqui no grupo duas vezes por semana, a família não tem o que comer no dia, não tem passe pra dá pra ele, como é que faz? Ai precisa da medicação, a medicação tá em falta, a pessoa não sabe o que vai almoçar, como é que vai comprar o remédio, é um punhado de coisas que angustia, que te preocupa né” (Psiquiatria).

A falta da rede de apoio (recursos materiais, outras unidades de saúde, comunidade, dentre outros) aparece como um impeditivo para o desenvolvimento do trabalho no CAPS. A proposta para o funcionamento dos serviços oferecidos pelos CAPS passa pelo estabelecimento de parcerias. Segundo Campos (2003, citado por Mello 2005), o trabalho em rede de apoio é essencial, pois só os profissionais não conseguem a reabilitação psicossocial dos usuários. É preciso o engajamento da sociedade, dos serviços de assistência e toda política socioeconômica do município.

Os participantes verbalizaram que as demandas dos usuários e familiares levantam a interlocução com vários setores da saúde e quando falta o básico, que são os recursos materiais, como medicação e vale-transporte, os profissionais se

sentem descrentes e desmotivados, impedindo que ocorra a produção do trabalho. Nos relatos, eles culpabilizam essa carência de investimentos por parte das políticas públicas que não conseguem suprir o suporte social que a demanda exige dos profissionais.

Campos (2005) faz referência ao suporte social, e diz que esse produz no indivíduo sentimento de proteção e apoio, propiciando bem-estar psicológico e redução de estresse, “a análise detalhada da estrutura e dinâmica do suporte permite identificá-lo como um ato de cuidar” (p.75). Portanto, assegurar os recursos financeiros e sociais de que os profissionais precisam para atuar no modelo assistencial da saúde mental implica garantir melhor condição de trabalho, ocasionando menos desgaste e estresse.

A atuação interdisciplinar entre os participantes foi considerada como *um caminho a se conquistar*, uma trajetória que a equipe tenta fazer; no entanto, ainda *encontram dificuldades nessa prática*.

“Eu sinto muita falta de momentos como esses, de momentos que a gente pode compartilhar sobre nossas profissões, sobre o que cada um faz. Sinto falta disso, acaba que a gente faz o trabalho multidisciplinar, se a gente pudesse ter esse tempo, talvez os encaminhamentos ficassem mais fáceis e mais claros. Nossas reuniões já andam tão corridas” (Arteterapeuta).

Devido à alta demanda de atendimentos e de problemas técnicos a serem resolvidos, o desafio da interdisciplinaridade fica também à mercê do tempo. Logo, mas uma vez, à equipe de trabalho agrega-se como um dispositivo que requer avaliações e melhoras constantes.

Guljor (2003) relata que “uma intervenção multifacetada, inclusiva, apontando para a interdisciplinaridade como rotina tem sido o caminho descrito como o ideal” para os CAPS (p.11). Já para Vasconcelos (1997), a interdisciplinaridade constitui desafio por questionar os mandatos sociais e legais das profissões, exigindo as transformações de saberes e reforçando a importância de dispositivos grupais e institucionais na democratização da gestão de serviços.

Todos os participantes desta pesquisa, *representantes da área da educação física*, relataram a *ausência de conhecimento que os profissionais dos CAPS deveriam ter, referente à atuação do professor de educação física no campo da saúde mental*.

“Eu acho que eu fico tentando o tempo inteiro dar seriedade como tem que ser dado. A minha profissão também exige um pouco de brincadeira, um pouco de motricidade né, eu brinco muito também, mas a minha dificuldade é essa, talvez seja uma dificuldade imaginária não sei, mas eu tenho uma idéia assim de estar tentando provar pras pessoas que o trabalho da educação física pode ser feito de uma outra forma né, isso eu vejo como um pouco difícil pra mim, parece que as pessoas não enxergam essa outra forma” (Prof. Ed. Física).

Esse dado sinaliza as dificuldades do diálogo entre as áreas da saúde e educação e também diz respeito à prática interdisciplinar e à troca de saberes, como visto anteriormente. Vários profissionais fizeram referência a esse tema, mas os (as) professores (as) de educação física foram mais enfáticos (as) ao abordá-lo. Essa realidade aponta para o fato de que existe ainda um percurso a ser trilhado na construção e desconstrução de trocas de saberes e na busca pela interdisciplinaridade.

O indicador *dificuldades de trabalhar com colegas que não estão preparados tecnicamente para atuar na saúde mental* reflete alguns dos obstáculos no relacionamento entre a equipe e a carência de capacitação para os profissionais atuarem no campo da saúde mental. Essa situação impede a integração da equipe e facilita a formação dos subgrupos.

“É assim, acaba que a gente vê que algumas pessoas sempre trabalham e formam grupos sempre com as mesmas pessoas. Tem pessoas que a gente percebe que tem que aprender muito mesmo e acaba que a gente não pára muito pra ensinar, pra mostrar como é o trabalho. Devia ter capacitações pra essas pessoas, a gente não tem tempo na equipe pra isso” (Musicoterapeuta).

Além das rotinas de atividades, o trabalho na saúde mental exige novas construções do fazer coletivo. Se a equipe não estiver em sintonia, abre-se o espaço para o distanciamento dos profissionais, o que prejudica a implantação de projetos e, por conseqüência, o atendimento aos usuários, familiares e comunidade.

As dificuldades em atuar no novo modelo de assistência em saúde mental relatadas pelos participantes envolvem a insuficiência de recursos financeiros e sociais, como também o trabalho em equipe. O profissional vê-se obrigado a atender bem, mas sabe que muitas vezes não tem os recursos (financeiros, materiais e sociais) adequados para fazê-lo.

Aliam-se a esse quadro as dificuldades que se estabelecem na equipe pela falta de preparo e capacitação de alguns profissionais e a ausência de políticas públicas que consigam modificar tal situação. Portanto, é prioritário que os serviços desenvolvidos na atenção psicossocial sejam avaliados na tentativa de

identificar as intervenções possíveis, a fim de “resgatar o que há de instituído em nossas práticas, para diferir e produzir novos modos de agir, novas estratégias de intervenção/invenção” (Silveira & Vieira, 2005, p.99).

4.5. Levantamento das propostas

No encontro em que foi indicado que os profissionais pensassem em ações que deveriam priorizar os serviços à saúde mental do trabalhador, as propostas levantadas foram semelhantes entre os três grupos, em consonância com as propostas discutidas na III Conferência Nacional de Saúde Mental (2002). A seguir, colocamos no *Quadro 5*, na íntegra, por ordem e por grupo, as elaborações feitas pelos profissionais:

Quadro 5 – Levantamento de propostas realizadas pelos profissionais trabalhadores de Centro de Atenção Psicossocial(CAPS) da cidade de Goiânia.

GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3
- Reuniões de equipe técnica com critérios de funcionamento bem definidos.	- Supervisão.	- Otimização do tempo da reunião de equipe no sentido de dar espaço para os profissionais se colocarem acerca das inquietações, identidades, dificuldades, transferências no bojo dos casos.
- Construção de um método de trabalho de acordo com a concepção dos CAPS.	- Terapia individual.	- Ocorrência dos grupos de reflexão (mensais).
- Rever o funcionamento dos grupos.	- Trabalhos terapêuticos com a equipe.	- Momentos de confraternização.

- Ter momentos de reflexão sobre as relações interpessoais (assessoria).	- Melhor estrutura do serviço para os usuários (física e material).	- Grupos, oficinas e acolhimentos realizados em grupos de profissionais (coordenadores) de duas ou três pessoas.
- Manter e ampliar as supervisões de casos clínicos (mensal).	- Capacitação continuada.	- Supervisão de equipe coordenada por profissionais de CAPS.
	- Melhora salarial.	

As propostas vão ao encontro das discussões que foram feitas durante as reuniões com os grupos e já discutidas nas categorias. As mesmas serão encaminhadas, juntamente com o relatório desta pesquisa, à Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. Sendo assim, faço das palavras de Ramminger (2005) nossas reflexões neste momento:

“(...) o trabalhador de saúde mental tem maior espaço para inventar seu trabalho e, conseqüentemente, ter mais saúde no trabalho, quanto mais presentes estão a reflexão sobre o trabalho (de cada um e da equipe) e as condições (materiais/estruturais/de organização do trabalho) enunciadas pelo discurso da Reforma Psiquiátrica. Ao contrário, quando a Reforma Psiquiátrica se apresenta apenas como discurso, ou como uma imposição e não como construção cotidiana, apresenta-se um terreno fértil para o sofrimento e adoecimento no trabalho” (p. 98).

Trazendo a temática das relações de (des)cuidado presentes no contexto de trabalho relacionada à saúde mental dos profissionais, assinalamos a importância de este assunto ser de fato problematizado. Esses profissionais têm o

direito de se tornarem trabalhadores em condições mais saudáveis de ser e de fazer. Afinal, o cuidar da saúde mental do outro passa, necessariamente, pelo cuidado com a sua própria.

V. Considerações Finais

Por óbvio, as reflexões abordadas neste estudo não se esgotam por aqui. Observar e vivenciar a realidade dos profissionais de saúde mental, trabalhadores de CAPS, revelou-nos a necessidade de emprendermos mais esforços no sentido de aprofundar estudos associados com a prática acerca dos temas discutidos. Ter que realizar o recorte desta investigação nos possibilitou notar a complexidade que envolve a teia interacional do (des)cuidado no cotidiano de trabalho. Desse modo, ao longo deste texto, tentamos desvelar as implicações das relações do (des)cuidado na saúde mental dos profissionais de saúde.

O Movimento da Reforma Psiquiátrica evidencia a importância da construção de espaços para problematização e discussão do trabalho em saúde mental, criando novos dispositivos de atenção psicossocial ao atendimento do usuário. Assim, o foco deste estudo esteve voltado à reflexão e à vivência das práticas de cuidado e os desafios enfrentados pelos profissionais nesse novo campo de atuação.

Para tanto, como forma de sumarizar a apresentação dos dados obtidos, no *Quadro 6* colocaremos os indicadores / temas presentes nos principais resultados desta investigação.

Quadro 6 – Apresentação dos indicadores / temas obtidos nas análises dos dados dos grupos participantes deste estudo

- | |
|--|
| - Momentos de cuidado da saúde mental no trabalho são considerados esporádicos: equipe não possui tempo para o cuidador. |
| - Equipes com necessidade de um tempo maior para discussão dos casos atendidos e os sentimentos neles envolvidos. |

- Supervisor técnico precisa ser externo à equipe de trabalho, acolhedor e ter conhecimento sobre o funcionamento dos CAPS.

- Reconhecimento de que é preciso cuidar de si para cuidar do outro gerando melhor atuação profissional.

- Grupos de reflexão e de estudos são considerados necessários para crescimento e amadurecimento da equipe.

- Dificuldade e necessidade de melhorar as relações interpessoais no trabalho.

- Apoio da equipe proporciona sentimento de alívio, ajuda no desempenho do trabalho e é considerado como espaço de cuidado.

- Necessidade de qualificar o tempo de trabalho e da reunião de equipe.

- Conflitos interpessoais são amenizados com supervisões de profissionais externos à equipe de trabalho .

- Equipe considerando-se intolerantes, exigentes, perfeccionistas e não acolhedores com colegas de trabalho.

- Angústias e preocupações no envolvimento com sofrimento do usuário.

- Sentimento de angústia, decepção, frustração e raiva quando o tratamento não atende expectativas do profissional e quando a família do usuário não adere ao tratamento.

- Dificuldades nas relações interpessoais de trabalho.

- Atuação no papel de técnico referente gerando preocupação, responsabilização e angústia.

- Insatisfações e desmotivações com a baixa remuneração, dupla jornada de trabalho, falta de reconhecimento no trabalho.

- Necessidade de capacitação aos profissionais trabalhadores dos CAPS.

- Políticas públicas dificultando atuação profissional: falta de suporte da rede de atendimento.

- Dificuldades da equipe de trabalho na atuação interdisciplinar.

- Não conhecimento dos profissionais de outras áreas em relação à atuação do Prof. Educação Física na saúde mental.

- Dificuldades de trabalhar com alguns colegas que não estão preparados tecnicamente para atuar na saúde mental.

Neste estudo várias categorias profissionais estiveram representadas em todos os grupos: arteterapia, assistente social, musicoterapeuta, professor de educação física e psicologia. No entanto, a enfermagem e psiquiatria tiveram somente um representante nos três grupos investigados, mostrando o pouco interesse e, conseqüentemente, a pequena participação dessas categorias. Esse dado revela, provavelmente, as relações de poder que ainda são presentes entre os profissionais e o receio de exposição perante a equipe. Esse dado aponta também para um fator das dificuldades encontradas nos relatos com a prática interdisciplinar.

Nos grupos, percebemos que os participantes de categorias mais recentes no mercado de trabalho, como, por exemplo, arteterapia e musicoterapia, verbalizaram maior necessidade de trocas com a equipe e reclamaram da falta desse espaço na rotina de trabalho. Já os profissionais de educação física relataram o desconforto no sentido de outras áreas não conhecerem a atuação que eles podem ter na saúde mental, evidenciando a distância entre a educação e a saúde e as dificuldades de um compartilhar mais próximo. Esses indicadores, mais uma vez, demonstraram a existência dos desafios da rotina interdisciplinar enfrentados por esses profissionais nesse modelo de atuação, bem como a falta dessas novas práticas nas instituições de ensino.

Foi possível perceber que os participantes mais recentes (um mês a um ano) inseridos nos CAPS apresentaram maior disponibilidade em aprender e conhecer sobre o campo de trabalho, no entanto, sentiam-se mais inseguros, ansiosos e preocupados com relação aos atendimentos, já que não se sentiam preparados para atuar nesse novo modelo de atenção psicossocial. Os profissionais que já estavam há mais tempo (dois a quatro anos) se mostravam mais descrentes

e insatisfeitos com os órgãos públicos e as poucas ações voltadas para a área da saúde mental, porém, acreditavam nas propostas da reforma psiquiátrica.

Nos documentos, como evidenciado em capítulos anteriores, referentes às ações de atenção à saúde do trabalhador que foram incorporados ao discurso do movimento da reforma psiquiátrica encontramos uma preocupação desse movimento com a saúde mental dos profissionais, existindo diretrizes que apontam para a necessidade do desenvolvimento de estratégias para acompanhar a saúde mental do trabalhador. Dentre algumas dessas estratégias já levantadas por este setor estão a supervisão, a capacitação e a qualificação continuadas. No entanto, perante as regulamentações pesquisadas, a estruturação dessas ações ainda estão no patamar de *planos a serem implementados*.

Sendo assim, nosso primeiro passo foi a formação de grupos de reflexão com trabalhadores de CAPS de diferentes categorias profissionais. Os encontros realizados com os grupos permitiram inquirir como o cuidado com o cuidador estava sendo realizado por parte da equipe e da instituição.

Concordando com Thiollent (1996), sabemos que na pesquisa-ação existem situações nas quais os objetivos são voltados para a tomada de consciência dos agentes implicados na atividade investigada. Tais situações visam proporcionar consciência da coletividade a respeito dos problemas importantes que enfrenta, mostrando aos interessados a natureza e a complexidade dos aspectos considerados. Neste estudo, essas características ficaram evidentes, pois os profissionais verbalizaram sobre mudanças ocorridas com a equipe com relação a outros colegas e maior conhecimento sobre as temáticas: relações de cuidado e saúde mental dos trabalhadores. Além disso, enquanto pesquisadores, observamos que a saúde psíquica perpassa a complexidade das relações de (des)cuidado que

são estabelecidas o próprio profissional, com o outro (usuários e colegas de trabalho) e com a instituição (organização do trabalho).

Nesse sentido, ressaltamos que a escolha do referencial metodológico da pesquisa-ação contribuiu para que houvesse maior engajamento por parte dos participantes e pesquisadores, pois a construção em conjunto de como seriam executados os encontros e o objetivo final dos mesmos possibilitou transformações coletivas e pessoais entre todos os atores envolvidos.

Com relação aos espaços de cuidado com a saúde mental do trabalhador, instituídos nos locais de trabalho, conforme apontado pelos participantes, cumprem papel de destaque a equipe, a supervisão e a capacitação. A integração da equipe permeada pelos bons relacionamentos interpessoais, com reuniões para discussão de casos e práticas do serviço, contribui para o sentimento de apoio e realização com o trabalho. Diante disso, é preciso lembrar que dentro desse novo campo de atuação, a reunião de equipe constitui um instrumento de conquista importante para o espaço do trabalhador.

O tema *trabalho em equipe e relações interpessoais* esteve presente em todas as categorias selecionadas para este estudo. Logo, a equipe de trabalho é tida como um dos instrumentos-chave no cenário dos CAPS. No modelo de atendimento psicossocial, preconizado pela Reforma Psiquiátrica, aparecem novas formas de divisão de tarefas entre a equipe que demandam mais responsabilidades e encargos, como, por exemplo, o papel de técnico de referência, tão comentado pelos participantes dos grupos. Desse modo, a criação de momentos que permitiam a reflexão e avaliação dos serviços que cada equipe desenvolve em sua unidade gera integração entre os profissionais e maior clareza do trabalho desenvolvido e, conseqüentemente, resultados mais enriquecedores.

Nesse sentido, Campos (2005) considera que a própria equipe também pode funcionar como suporte de trabalho. Avalia que uma equipe em sintonia e com objetivos comuns, fazendo da prática reflexiva uma rotina do serviço, consegue ser cuidadora dos próprios profissionais que nela se inserem. Para esse autor, com o que concordamos, os profissionais de saúde precisam romper a barreira do tecnicismo e estabelecer vínculos interpessoais mais próximos e acolhedores entre os colegas de trabalho. Iniciativas como essas possibilitarão que as equipes se organizem de modo coeso e integrado, “de tal modo que possam enfrentar e superar as tensões da prática profissional, apoiando-se uns aos outros” (p.135). Para tanto, as pessoas envolvidas na equipe precisam ter uma atitude acolhedora que envolva o reconhecimento do colega de trabalho, uma disponibilidade em trocar os diferentes saberes, dentre outros.

A supervisão foi avaliada, pelos participantes, como suporte tanto para os atendimentos, quanto nas relações interpessoais, garantindo a continuidade do trabalho e das dificuldades encontradas. Consideraram, que, para um melhor aproveitamento, os (as) profissionais responsáveis pelas supervisões deveriam ser externos (as) à equipe de trabalho. Porém, esses (as) profissionais precisam de conhecimento sobre o modo de funcionamento dos CAPS, da organização do trabalho, da saúde do trabalhador, além de uma atitude de acolhimento e respeito pela equipe.

Vasconcelos (2001) aponta a supervisão de equipe como um espaço de resolução de conflitos. Para este autor, as dificuldades encontradas pelos profissionais dos serviços substitutivos de saúde mental são a discussão das relações de poder, as dificuldades de trabalho de equipe, as inseguranças que todos profissionais têm quando lidam com os desafios que escapam à competência

adquirida na formação universitária ou técnica convencional, das crises de identidade profissional, das dificuldades subjetivas da relação com a clientela, dos sintomas de estresse e síndrome do esgotamento (p. 51).

Vasconcelos (1997), então, recomenda a supervisão na implementação da interdisciplinaridade entre a equipe. Elucida que, durante a supervisão, os profissionais relatam o seu modo de trabalho, reconhecendo e expondo as fragilidades e limites de cada área. Com relação a isso, uma sugestão que também aparece para instituir a prática interdisciplinar são os grupos de estudos e reflexão, já citados pelos participantes dessa investigação, como forma de adquirir conhecimento técnico e pessoal pela equipe.

Os participantes apontaram outra função importante da supervisão: amenizar o sofrimento psíquico a que estão sujeitos no cotidiano laboral. Sofrimento psíquico neste estudo foi expresso por referências a angústias, preocupações, decepção, frustração, dificuldades nas relações, responsabilização excessiva, insatisfações e falta de reconhecimento, dentre outros. O espaço da supervisão reservado aos participantes contribui para o alívio desses sentimentos.

O desgaste enfrentado pelas oscilações de sentimentos pode interferir na saúde física e psíquica do profissional, como foi exemplificado por alguns participantes. Assim sendo, a ausência desse momento de escuta e reflexão pode contribuir para o adoecimento dos trabalhadores. Esse é um fator importante que deve ser considerado com seriedade por parte dos órgãos responsáveis.

O papel da capacitação e qualificação continuada foi considerado pelos profissionais como auxiliar da formação técnica para atuar no campo da saúde mental, permitindo a eles o mesmo acesso de informação, o que reflete um maior entrosamento entre equipe e melhor desenvolvimento no trabalho.

Notamos que um dos motivos da carência do conhecimento das novas práticas instituídas no campo da saúde mental é devido aos cursos de formação/graduação que, em sua maioria, são voltados para o modelo biológico e medicamentoso, e não atualizam as novas formas de atenção à saúde. Assim, grande parte das instituições de ensino se apresenta desatualizada para as exigências do mercado profissional na área de saúde. Desse modo, fazem-se necessárias reformas curriculares, com o objetivo de reduzir o distanciamento entre a teoria e a prática, demandando a inserção do tema saúde mental como conteúdo permanente.

Endossamos a posição de Cerqueira (1996), ao colocar que é preciso uma implicação do binômio ensino-assistência na construção de cuidados, ou seja, “é fundamental que exista um movimento estratégico tanto daqueles que são responsáveis por ensinar quanto daqueles que serão e/ou são responsáveis por cuidar” (p. 65).

Outro ponto importante foi detectar que os profissionais de saúde não são formados e incentivados para pensar neles mesmos enquanto cuidadores e, conseqüentemente, como pessoas que também necessitam de cuidados. Durante o curso de graduação, principalmente na área de saúde mental, o profissional precisam ter a oportunidade de aprender e ampliar habilidades que contribuem para sua autopercepção, desenvolvendo a consciência e o agir éticos. Nogueira-Martins (2003) revela que a questão ética surge quando alguém se preocupa com as conseqüências que sua conduta tem sobre o outro. De tal modo que, para que haja ética, é preciso perceber o outro e a si. O agir ético e técnico deve vir juntos desde a formação profissional e continuar nos diversos espaços de atuação:

instituições de trabalho, conselhos profissionais, entidades formadoras e implantação de políticas públicas.

Uma dos entraves encontrados pelos participantes foi o momento de planejar o gráfico ideal; houve muitas discussões acerca de quais seriam as ações que poderiam privilegiar os cuidadores e um receio em extrapolar o espaço / tempo de cuidado com os usuários. Foi nessa ocasião que os participantes tiveram a consciência de que não estavam habituados em pensar em si e demonstraram suas dificuldades em elaborar tais estratégias. Esse fato pode significar a falta de reivindicação e desmotivação, por parte dos trabalhadores, por espaços que privilegiem o cuidado com o cuidador. Algumas equipes tentam estabelecer momentos que priorizem o trabalhador, no entanto, foram considerados raros e não sistematizados, dependendo também da direção e de gestores da instituição, bem como do funcionamento e diretrizes de cada serviço.

Além desse descomprometimento entre os profissionais, existe a falta de políticas públicas que integrem ações à atenção da saúde do trabalhador de saúde mental. Nesta investigação, foi possível evidenciar que não estão efetivamente regulamentadas a estruturação e a sistematização de políticas e ações voltadas à saúde dos trabalhadores. De tal modo, foi enfatizada a necessidade de uma política do desenvolvimento dos serviços substitutivos, com os devidos recursos financeiros voltados a essa área, como forma de consolidar o movimento da reforma psiquiátrica. Como vimos, a falta de estruturação dessas ações reflete no cotidiano desses serviços.

Fazem-se necessárias novas formas de atuação que envolva novos paradigmas de atenção ao usuário e, por suposto, ao trabalhador, mas que, infelizmente, ainda não estão sendo problematizadas por ações que envolvam esse

profissional. Nesse sentido, Garcia e Jorge (2006) revelam, o que endossamos que “humanizar o atendimento ao portador de transtorno mental, que é proposta da reforma através da conjuntura do CAPS, não pode deixar de olhar para o humano que cuida: o trabalhador de CAPS” (p. 773).

A implantação de programas e projetos destinados aos profissionais de saúde passa também pelo reconhecimento de que é preciso cuidar de si para cuidar do outro, como os próprios participantes relataram. A maioria das pessoas considerou que, quando estão bem consigo, percebem uma maior disponibilidade em cuidar do outro (usuário). Esse bem-estar, físico e psíquico, depende também de como estão sendo vivenciadas as relações interpessoais e institucionais (organização do trabalho). Assim, ações que beneficiem a saúde do trabalhador qualificam o atendimento aos usuários, como também o engajamento profissional.

Dejours (1993) aqui nos ajuda a concluir ao fazer algumas considerações fundamentais sobre essas relações laborais quando afirma que

“O trabalho, por ocupar parte considerável de nossos dias, de nossas vidas, pode ser fonte de interesse, de realização, de cansaço, de aborrecimentos e, ao mesmo tempo, um meio de desenvolvimento. Considerando todos esses fatos e as diferentes relações do indivíduo com seu trabalho, pode-se imaginar o quanto a sua saúde está implicada, até o mais alto nível na relação de trabalho” (p.99).

Neste estudo, foi consenso, em todos os grupos, a necessidade de se criarem estratégias para amenizar as dificuldades encontradas no dia-a-dia de trabalho. No entanto, a alta demanda de atendimentos, de intervenções, de

problemas administrativos, combinados com a falta de recursos financeiros e materiais acabam por estrangular novas propostas que privilegiem os trabalhadores.

Nesse sentido, Campos (2005) enfatizou o que encontramos: esse profissional que torna “(...) vulnerável às conseqüências do seu ato, praticado sem os recursos necessários e suficientes, que recairão sobre ele e só pouquíssimas vezes sobre a instituição e o sistema. Os salários de grande parte dos profissionais de saúde são baixos. Por outro lado a necessidade de se manterem atualizados é enorme e as oportunidades de capacitação e aperfeiçoamento são reduzidas, por falta de tempo e de recursos. O profissional é levado sorrateiramente (ou acintosamente) para o despreparo e a incompetência” (p. 35).

As condições de trabalho vivenciadas pelos profissionais de saúde também revelam o descrédito com o reconhecimento desses profissionais. A baixa remuneração e a dupla / tripla jornada de trabalho confirmam esse descaso. A maioria dos participantes relatou ter dupla jornada de trabalho e não considera que a remuneração seja justa. Não podemos deixar de citar que essa realidade, por si só, desmotiva e decepciona a atuação na área da saúde, tornando o vínculo estabelecido entre profissional-instituição enfraquecido, uma vez que esta dimensão influencia a vida pessoal cotidiana do trabalhador. É preciso melhorar os salários e recursos materiais. Afinal, os profissionais precisam se sentir seguros em poder contar com uma rede de apoio para o desenvolvimento de seu trabalho.

Assim sendo, é indispensável a regulamentação de investimentos e verbas destinadas à implantação de programas voltados à atenção da saúde do trabalhador nos serviços substitutivos; caso contrário, esse setor só será alvo de

incentivos financeiros emergenciais, não tendo o merecido incentivo dessa área e programas que atendam as demandas solicitadas pelos profissionais.

Enfatizamos que a perspectiva de alianças com os movimentos sociais de trabalhadores, no campo da saúde mental, pode proporcionar a regulamentação das ações já planejadas. A possibilidade de construção de uma política pública comprometida com a saúde mental do trabalhador perpassa também pela intervenção dos atores envolvidos com essa transformação, ou seja, profissionais, gestores, instituições (de saúde, de ensino, dentre outras).

Tomando como base de observação a experiência vivida com os grupos de profissionais de saúde, evidenciamos que a construção de espaços para discussões e reflexões das práticas de cuidado contribui para a percepção de um novo fazer e agir. Esse novo olhar gera mudanças na atuação do profissional com a equipe, com o trabalho desenvolvido com o usuário e consigo mesmo, na forma de procurar identificar as atividades que proporcionam o equilíbrio psíquico e emocional.

Dessa maneira, verificamos a validade desses encontros, pelas informações registradas e por ter sido um instrumento que possibilitou a tomada de consciência dos participantes com relação ao cuidado da saúde mental do cuidador. Logo, ratificamos as reivindicações de implantação das propostas que foram realizadas pelos participantes, como também sinalizamos a importância de novos estudos que abordem essa temática. Esperamos que esses momentos de reflexão, conhecimento, questionamento e vivência não se tornem somente uma prática de investigação e pesquisa, mas sim, uma prática cotidiana, sistematizada e inserida no contexto de trabalho.

Os CAPS constituem importantes dispositivos de atenção à saúde na rede de atendimento, propondo novos paradigmas de atuação profissional. Assim, é indispensável não nos esquecermos que toda implementação necessita de avaliações ao longo do processo. Para Vasconcelos (1997), o acoplamento de ensino e pesquisas aos novos serviços de saúde mental são fundamentais, pois a “pesquisa traz sempre os componentes de avaliação, de sistematização e de propagação das novas experiências” (p.39).

Por fim, ressaltamos a relevância dos serviços substitutivos como novo campo de atuação profissional dentro da saúde mental. Com esta investigação, esperamos ter discutido e contribuído para o repensar das práticas que vem sendo desenvolvidas e para as possíveis mudanças que necessitam ser implementadas nessa trajetória.

No entanto, muitas outras dimensões precisam ser melhor pesquisadas, para que possamos pensar a complexidade desta realidade de forma o mais completa possível. Para além do recorte feito nesta dissertação, dispomos, a partir de agora, de outros materiais (dados) que deverão ser trabalhados no sentido de desvelar, contribuir e aperfeiçoar estes mecanismos de ação em saúde mental. Porém, tendo como centro o trabalhador que assim se prontifica, pois podemos afirmar, conclusivamente, que são de fato pessoas especiais.

VI. Referências

- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: Histórias sobre a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Amarante, P. (2006). Reforma Psiquiátrica: Desafios do movimento antimanicomial - rumo ao fim dos manicômios. *Revista Viver Mente Cérebro*. Ano XIV, nº 164/163, setembro, pp. 30-35.
- André, M. M. S. & Duarte, V. A. (1999). A violência simbólica do trabalho. *Texto Contexto Enfermagem*. Florianópolis, v. 8, pp. 369-372, mai/ago.
- Barbier, R. (2002). *A pesquisa-ação*. Brasília: Plano Editora.
- Bardin, L. (1977) . *Análise de conteúdo*. Lisboa: Persona Edições.
- Benevides-Pereira, A. M. T. (2001). *A saúde mental dos profissionais de saúde mental: Uma investigação da personalidade de psicólogos*. Maringá: Eduem.
- Bezerra Júnior, B. (1994). De médico, de louco e de todo mundo um pouco. Em: Guimarães, R. & Tavares, R. (Orgs.). *Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80*. pp. 171-191. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Bleger, J. (1991). *Temas de Psicologia: Entrevistas e grupos*. São Paulo: Martins Fontes.
- Boff, L. (1999). *Saber cuidar: Ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Boff, L. (2005). O cuidado essencial: Princípio de um novo *ethos*. *Revista Inclusão Social*. Out/mar, vol 1 (1), pp. 28-35. Brasília.
- Campos, E. P. (2005). *Quem cuida do cuidador: Uma proposta para os profissionais de saúde*. Petrópolis, RJ: Vozes.

- Cerqueira, P. (1996). Ensino e assistência em saúde mental. Por uma assistência psiquiátrica em transformação. *Cadernos IPUB*, 3: 59-66. 2ª edição. Rio de Janeiro: UFRJ / IPUB.
- Codo, W. & Sampaio, J. J. (Orgs). (2000). *Educação: Carinho e trabalho*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Codo, W. (Org.) (2004). *O trabalho enlouquece? Um encontro entre a clínica e o trabalho*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Coronel, L. C. I. (1997). Grupos de Reflexão. Em: Zimerman, E. D. & Osório, L. C. (Orgs.). *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Costa, I. I. (2003). *Da fala ao sofrimento psíquico grave: Ensaio acerca da linguagem ordinária e a clínica familiar da esquizofrenia*. Brasília, DF: I. Izídio da Costa.
- Costa, I. I. (2006). *Família e psicose: Uma proposta de intervenção precoce nas primeiras crises de sofrimento psíquico grave*. (no prelo).
- Dejours, C. (1987). *A loucura do trabalho: Estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez – Oboré. 2ª Edição.
- Dejours, C. (1993). Por um trabalho, falar de equilíbrio. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, v. 33, n. 3, 98-104, mai/jun.
- Dejours, C. & Abdoucheli, E. (1994). Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. Em: Betiol, M. I. S. (Org.). *Psicodinâmica do trabalho – contribuições da escola Dejourinana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas.
- Dejours, C. (1999). *A banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1ª edição.

- Delgado, P. G. (1999). Atendimento psicossocial na metrópole: Algumas questões iniciais. *Cadernos do IPUB*, 14: 113-121.
- Filho, J. F. S. (2000). Apresentação. *Cadernos IPUB*, 2: 7-9. Rio de Janeiro: UFRJ / IPUB.
- Fiscmann, J. B. (1997). Como agem os grupos Operativos?. Em: Zimerman, E. D. & Osório, L. C. (Orgs.). *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Fortuna, C. M. (2003). *Cuidando de quem cuida: Notas cartográficas de uma intervenção institucional na montagem de uma equipe de saúde como engenhoca-mutante para produção da vida*. Tese de Doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, USP, Ribeirão Preto. 197p.
- Fraga, A. P. V. (1997). *Repercussões subjetivas do atendimento a psicóticos em profissionais de saúde mental*. Dissertação de Mestrado pelo Instituto de Psicologia Clínica da Universidade de Brasília, UNB. 136p.
- Franco, M. L. P. B. (2003). *Análise de conteúdo*. Brasília: Plano Editora.
- Freitas, R. A. M. M. (2002). Sociedade contemporânea, conhecimento em saúde e em enfermagem: desafios para a formação profissional. *Estudos: vida e saúde*. Goiânia, 29, 1159-1194.
- Garcia, M. L. P. & Jorge, M. S. B. (2006). Vivência de trabalhadores de um centro de atenção psicossocial: Estudo à luz do pensamento de Martin Heidegger e Hans-Georg Gadamer. *Ciência e Saúde Coletiva*, vol 11 (3), 765-774.
- Guljor, A. P. F. (2003). *Os centros de atenção psicossocial: Um estudo sobre a transformação do modelo assistencial em saúde mental*. Dissertação de

- Mestrado – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.
Rio de Janeiro. 197p.
- Lima, M. J. (1994). Pensar em saúde é pensar em enfermagem. *Revista Enfermagem*. Vol. 2: (1), pp. 112-119. Rio de Janeiro: UERJ.
- Lima, M. E. A. (2004). A relação entre distúrbio mental e trabalho: Evidências epidemiológicas recentes. Em. Codo, W. (Org.). *O trabalho enlouquece? Um encontro entre a clínica e o trabalho*. pp. 139-160. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Lunardi, V. L. & Lunardi-Filho, W. D. (1999). O trabalho de enfermagem no processo de viver e ser saudável. *Texto Contexto Enfermagem*. Florianópolis, v. 8 (1), 13-30, abril.
- Lunardi V. L., Lunardi-Filho, W. D., Silveira R. S., Soares N. V. , Lipinski, J. M. (2004). O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Nov-Dez, 12 (6): 933-939.
- Machado, A. G. (2006). *Cuidadores: seus amores e suas dores – o prazer e o sofrimento psíquico dos auxiliares e técnicos de enfermagem de um hospital cardiológico*. Dissertação de Mestrado do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 111p.
- Madalosso, A. R. M. (2001). *De mãos dadas com a qualidade: Refletindo sobre o cuidado de enfermagem*. Série Enfermagem 3. Passo Fundo: UPF.
- Massanaro, H. H. M. A.; Martins, D. C. & Júnior, L. B. O. (2004). Implantação da reforma psiquiátrica em Goiânia: Relatório operacional de março de 2001 a janeiro de 2004. Prefeitura de Goiânia. Secretaria Municipal de Saúde. Divisão de Saúde Mental.

- Mello, R. (2005). *Identidade social de usuários, familiares e profissionais em um centro de atenção psicossocial no Rio de Janeiro*. Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 252p.
- Mendes, A. M. & Morrone, C. F. (2002). Vivências de prazer-sofrimento e saúde psíquica no trabalho: Trajetória conceitual e empírica. Em: Mendes, A. M.; Borges, L. O. & Ferreira, M. C. (Orgs). *Trabalho em transição, saúde em risco*. Brasília: Ed. Universidade de Brasília.
- Mendes, A. M. (2004). Entrevista e técnica categorial nas pesquisas sobre prazer-sofrimento e saúde no trabalho. *Revista Psicologia em Estudo*. Universidade Estadual de Maringá: PR.
- Migott, A. M. B. (2001). *Cuidado construtivo: Desvelando questões existenciais entre o agir ético e o técnico*. Série Enfermagem 4. Passo Fundo: UPF.
- Minayo, M. C. S. (1992). *O desafio do conhecimento: Metodologia de pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Abroco.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (2004). *Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde/Brasil. (2001). *Doenças Relacionadas ao Trabalho – Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde*. Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 114. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. *Relatório Final da III Conferência*

- Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Ministério da Saúde.
- Nogueira-Martins, L. A. (2002). Saúde mental do profissional de saúde. Em: Botega, N. J. (org). *Prática psiquiátrica no hospital geral: Interconsulta e emergência*. pp. 130-144. Porto Alegre: Artmed.
- Nogueira-Martins, M. C. F. (2003). Humanização da assistência e formação do profissional de saúde. *Psychiatry On Line Brazil*, vol. 8, n. 5, maio de 2003. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/arquivo/artigo0503_1.htm>. Acesso em: 08 set. 2003.
- Oliveira, F. B. & Silva, A. O. (2000). Enfermagem em saúde mental no contexto da reabilitação psicossocial e da interdisciplinaridade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 53 (4), 584-92.
- Organização Mundial de Saúde (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo – Saúde mental: Nova concepção, nova esperança*. Organização Pan-Americana de Saúde: Ministério da Saúde.
- Osório, L. C. (2003). *Psicologia grupal: Uma nova disciplina para o advento de uma era*. Porto Alegre: Artmed.
- Patrício, Z. M. (1996). *Ser saudável na felicidade-prazer: Uma abordagem ética e estética pelo cuidado holístico-ecológico*. Florianópolis: Universitária. Série Teses em Enfermagem.
- Ramminger, T. (2005). *Trabalhadores de saúde mental: Reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental*. Dissertação de Mestrado do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 117p.

- Ramos, F. R. S. (1997). *Obra e manifesto: O desafio estético do trabalhador de saúde*. *Revista Brasileira Enfermagem*. Brasília, v. 50(3), pp. 323-338, jul/set.
- Remen, R. N. (1993). *O paciente como ser humano*. São Paulo, Summus.
- Rizzini, I., Castro, M. R. & Sartor, C. S. D. (1999). *Pesquisando...: guia de metodologias de pesquisa para programas sociais*. Rio de Janeiro: USU Ed. Universitária Santa Úrsula.
- Rodrigues, J. V. & Braga, E. N. (2002). Programa cuidando do cuidador em Fortaleza Ceará. Em Carvalho, M. M. M. J. (Org.). *Psico-oncologia no Brasil: Resgatando o viver*. pp. 52-61. São Paulo: Summus.
- Rotelli, F. (1990). Desinstitucionalização, uma outra via: A reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. Em: Nicácio, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. pp. 17-59. São Paulo: Hucitec.
- Rotelli, F. & Amarante, P. (1992). Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: Aspectos históricos e metodológicos. Em: Bezerra Júnior, B. & Amarante, P. (Orgs.). *Psiquiatria sem hospício: Contribuição ao estudo da reforma psiquiátrica*. pp. 41-55. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Vasconcelos, E. M. (1997). Desinstitucionalização e interdisciplinaridade em saúde mental. *Cadernos IPUB*, 7: 19-43. Rio de Janeiro: UFRJ / IPUB.
- _____ (1999). Mundos paralelos, até quando? Os psicólogos e o campo da saúde mental pública no Brasil nas duas últimas décadas. Em: Jacó-Vilela, A. M.; Jabur, F.; Rodrigues, H. B. (Orgs.). *Clio-psyché: Histórias da psicologia no Brasil*. pp. 121-147. Rio de Janeiro: UERJ/NAPE.
- Vasconcelos, E. M. (2001). O controle social na reorientação do modelo assistencial em saúde mental no Brasil atual. Em: Ministério da Saúde. *III*

- Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não. Cadernos de textos.* pp. 42-53. Brasília.
- Vasques-Menezes, I. (2004). Por onde passa a categoria trabalho na prática terapêutica?. Em: Codo, W. (Org.). *O trabalho enlouquece? Um encontro entre a clínica e o trabalho.* pp. 23-52. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Seligmann-Silva, E. (1994). *Desgaste mental no trabalho dominado.* Rio de Janeiro: Editora UFRJ - Cortez Editora.
- Silva, A. C. Z. (2000). Centros de Atenção Psicossocial. Em: Farah, M. F. S & Barboza, H. B. (Orgs.). *Novas experiências em gestão pública e cidadania.* pp. 3-17. Rio de Janeiro: Editora FGV.
- Silva, M. B. B (2005). Atenção psicossocial e gestão de populações: Sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. *Revista Saúde Coletiva*, 15 (1), 127-150.
- Silva, M. B. B (2006). *O técnico de referência no Centro de Atenção Psicossocial: Uma nova especialidade no campo da saúde mental.* (no prelo).
- Silveira, D. P. & Vieira, A. L. S. (2005). Reflexões sobre a ética do cuidado em saúde: Desafios para atenção psicossocial no Brasil. *Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia*, UERJ, RJ, ano 5, n. 1, pp. 92-101.
- Tavares, M. (2004). A clínica na confluência da história pessoal e profissional. Em: Codo, W. (Org.). *O trabalho enlouquece? Um encontro entre a clínica e o trabalho.* pp. 53-104. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: Histórias e conceitos. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, vol. 9 (1), pp. 25-29, jan.-abr., Rio de Janeiro.

- Tittoni, J. (1994). *Subjetividade e trabalho: A experiência do trabalho e sua expressão na vida do trabalhador fora da fábrica*. Porto Alegre: Ortiz.
- Thiollent, M. (1996). *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Ed. Cortez. 7ª edição.
- Waldow, V. R. (1998). *Cuidado Humano: O resgate necessário*. Porto Alegre, Sagra.
- Wetzel, C. (1995). *Desinstitucionalização em saúde mental: A experiência de São Lourenço do Sul – RS*. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 216p.
- Zimerman, D. E. (1997). *Como trabalhamos com grupo*. Porto Alegre: Artes Médicas.

VII. Lista de Anexos

ANEXO 1

Roteiro de Apresentação da Pesquisa

Tema: Relações de Cuidado: Refletindo sobre a Saúde Mental dos Profissionais de Saúde

Instituição Acadêmica: Universidade de Brasília – UNB

Pesquisadora: Elisa Alves - Psicóloga Clínica, Mestranda em Psicologia Clínica (Instituto de Psicologia – UNB), membro do Grupo de Intervenção Precoce nas Psicoses (UNB).

Orientador: Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa - Professor Adjunto (Instituto de Psicologia – UNB), MA em Filosofia e Ética da Saúde Mental (Inglaterra), Coordenador da Clínica Escola (UNB) e do Grupo de Intervenção Precoce nas Psicoses (Instituto de Psicologia – UNB).

1. Motivações profissionais e pessoais para pesquisar o tema.

2. Objetivo Geral:

* Investigar a realidade das relações de cuidado que influenciam na saúde mental dos profissionais de saúde que trabalham em Centros de Atenção Psicossocial.

3. Objetivos Específicos:

* Investigar o que os profissionais de saúde têm a dizer sobre o cuidado de si mesmos, que sentido e significação eles atribuem a essa questão.

* Refletir sobre a necessidade de cuidar de si mesmo como condição para cuidar do outro.

* Formação de grupo de reflexão com os profissionais de saúde.

* Promover aos participantes do grupo a reflexão sobre a importância do autoconhecimento e autocuidado para atuar no papel de cuidador.

4. Metodologia utilizada:

* Pesquisa-ação: visa à mudança na realidade social com a participação dos integrantes da pesquisa, sendo centrada no agir e por isso os objetivos de ação são definidos pelos participantes e pesquisadores. Os resultados finais visam à tomada de consciência da situação envolvida e a mudança da realidade que se encontram os participantes. Todo o processo da pesquisa é construído entre participantes e pesquisadores.

* Participantes: Equipe Multidisciplinar, sendo 1 ou 2 representantes de cada categoria profissional existente no CAPS pesquisado.

* Após formação do grupo será discutido os objetivos da pesquisa com os participantes, para em conjunto construirmos o planejamento dos encontros da pesquisa (horário, duração, número de encontros, registro desses encontros, instrumentos utilizados para tratar o tema – discussões, vivências ou outras sugestões).

* Dúvidas, sugestões, espero que elas apareçam!!!

* Obrigada pela disponibilidade de todos.

Frase para reflexão:
“A dor do outro não é minha,
Mas ela me dói”.

(Coppe)

Goiânia, setembro de 2005

ANEXO 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Goiás pelo telefone (62) 3227-1071.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: **Relações de Cuidado: refletindo sobre a Saúde Mental dos Profissionais de Saúde.**

Pesquisadora Responsável: **Elisa Alves, Psicóloga, Mestranda da UnB.**

Telefone para contato: **(62) 9137-8417 / (62) 3942-2108. E-mail: elisapsi@gmail.com**

Orientador da Pesquisadora: **Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa (UnB).**

Telefone para contato: **(61) 9981-3287; (61)3307-2626 R. 614/615; (61) 3273-8894.**

E-mail: ileno@unb.br

Pesquisador Participante: **Leônidas Ribeiro Filho, Psicólogo.**

Telefone para contato: **(62) 9183-0657. E-mail: lr.filho@terra.com.br**

O propósito desta pesquisa científica é investigar a realidade da saúde mental dos profissionais de saúde que trabalham em Centros de Atenção Psicossocial – CAPS –, além de procurar compreender como esses profissionais vivenciam certas ansiedades e angústias inerentes no cotidiano de trabalho e quais são os sentidos e significações pessoais que dão para estas situações.

Para tanto, será realizado um encontro com gestores e equipe com intuito de investigar a disponibilidade dos participantes da equipe e a intenção de participar da pesquisa. Estando a equipe de acordo será feito um encontro com a mesma para definir planos de trabalho com o tema proposto.

Os benefícios desta pesquisa serão o de proporcionar aos profissionais uma maior consciência sobre a saúde mental dos mesmos e o sofrimento psíquico a que estão sujeitos no cotidiano de trabalho e promover um maior conhecimento da relação cuidador-cuidado.

Este TERMO, em duas vias, é para certificar que eu, _____

_____ concordo em participar na qualidade de voluntário (a) do projeto acima mencionado.

Estou ciente de que serão feitas transcrições das falas e que alguns pesquisadores poderão conhecer o conteúdo para discutir os resultados, sendo que estes também estão submetidos às mesmas normas da confidencialidade e do sigilo profissional da área. Estou ciente, também, que, ao término da pesquisa, as fitas serão apagadas e que os resultados serão divulgados academicamente (defesa da dissertação, publicações de artigos, etc), porém sem que haja qualquer identificação individual.

Estou ciente, ainda, de que sou livre para recusar a dar respostas a determinadas questões durante as entrevistas, bem como retirar meu consentimento e terminar minha participação a qualquer momento sem penalidades, porém com comunicação prévia.

Por fim, sei que terei a oportunidade para perguntar sobre qualquer questão que eu desejar, e que todas deverão ser respondidas a meu contento.

Nome da Pesquisadora: _____
Assinatura: _____
Data: _____

ANEXO 4

TEXTO E DICUSSÃO SOBRE SOFRIMENTO PSÍQUICO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

OBS: Este artigo é apenas recorte do artigo completo, esses recortes foram feitos para atender a esse encontro. O artigo completo pode ser encontrado no seguinte endereço eletrônico:

http://www.polbr.med.br/arquivo/artigo0402_a.htm 12/04/05 (Abril vol7 nº 4).

Saúde Mental dos Profissionais de Saúde

Autor:

Luiz Antonio Nogueira-Martins

Professor Adjunto do Departamento de Psiquiatria e Coordenador do NAPREME (Núcleo de Assistência e Pesquisa em Residência Médica) da Universidade Federal de São Paulo / Escola Paulista de Medicina.

INTRODUÇÃO

Neste capítulo, será abordada a questão da saúde mental dos profissionais de saúde, considerando o exercício profissional da Medicina como modelo ilustrativo das outras áreas. Vale aduzir também que, embora conservando características próprias de cada profissão, vários aspectos da atividade profissional em saúde são compartilhados por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos; no que diz respeito à saúde ocupacional, por exemplo, o sofrimento psíquico inerente ao trabalho no âmbito hospitalar (PITTA, 1991) é comum a todos esses profissionais.

Um exemplo desta assertiva pode ser constatado em uma antiga pesquisa sobre o trabalho de enfermeiras, realizado em um hospital de Londres, a respeito dos efeitos do estresse associado à tarefa assistencial (MENZIES, 1970). Nesse estudo, observou-se que havia um alto nível de tensão, angústia e ansiedade entre os enfermeiros, com faltas e abandonos da tarefa, mudanças freqüentes de emprego e uma alta freqüência de pequenos problemas de saúde que requeriam alguns dias de ausência de trabalho.

A autora refere que a situação de trabalho suscita sentimentos muito fortes e contraditórios nos enfermeiros: piedade, compaixão e amor; culpa e ansiedade; ódio e ressentimento contra os pacientes que fazem emergir esses sentimentos fortes; inveja do cuidado oferecido ao paciente. Menzies observou também que os pacientes e seus parentes nutrem sentimentos complexos em relação ao hospital, que são expressos particularmente e mais diretamente aos enfermeiros e que, freqüentemente, os deixam confusos e angustiados. Os pacientes e seus parentes demonstram apreço, gratidão, afeição, respeito; uma comovente crença de que o hospital funciona; solidariedade e preocupação para com os enfermeiros em seu difícil trabalho. Mas os pacientes freqüentemente se ressentem de sua dependência; aceitam de má vontade a disciplina imposta pelo tratamento e pela rotina hospitalar; invejam as enfermeiras pela sua saúde e competência; são exigentes, possessivos e ciumentos.

Este breve retrato psicodinâmico da tarefa profissional de enfermeiros com pacientes hospitalizados pode ser aplicado, em graus variados, ao conjunto dos profissionais que compõem a equipe de saúde. Diversas pesquisas sobre as relações entre o estresse ocupacional, as ambigüidades da profissão, o sofrimento psíquico e a saúde mental dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem têm sido desenvolvidas recentemente em nosso meio (ANGELO, 1989; BIANCHI, 1992; SILVA & BIANCHI, 1992; AQUINO, 1993;

CHAVES, 1994; SILVA, 1996; LABATE, 1997; CAMPIGLIA, 1998; BIANCHINI, 1999; PEDROSA & VIETTA, 1989).

A SAÚDE MENTAL DO MÉDICO

CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DA TAREFA MÉDICA

Há inúmeras gratificações psicológicas inerentes à profissão médica. Aliviar a dor e o sofrimento, curar doenças, salvar vidas, diagnosticar corretamente, sentir-se competente, ensinar, aconselhar, educar, prevenir doenças, receber reconhecimento e gratidão são algumas das características psicológicas da tarefa médica que fazem da medicina uma profissão ainda muito atraente e gratificante.

A Medicina permanece, a despeito da crise que atravessa em nosso meio, uma profissão que oferece várias possibilidades de realização material, intelectual e emocional. É uma área fascinante, de capital importância para a sociedade e, como tal, uma carreira desejada e idealizada pelos jovens. O grau de idealização pode gerar altas expectativas que, não correspondidas, tendem a produzir decepções e frustrações significativas, com repercussões importantes na saúde dos estudantes, residentes e médicos.

Um importante ponto merece ser destacado ao estudarmos a tarefa médica: o caráter altamente ansiogênico do exercício profissional. Há, como regra geral, com pequenas variações, intrínseca ao trabalho clínico, a exposição a poderosas radiações psicológicas emanadas do contato íntimo com o adoecer. Cumpre enfatizar este aspecto já que, em especial no âmbito assistencial dos serviços de emergência, ocorrem situações tão dramáticas como talvez em nenhum outro campo da atividade humana em tempos de paz. Este caráter estressante inerente à tarefa médica tem se amplificado significativamente devido ao volume de pacientes e às precárias condições de trabalho vigentes na maioria dos serviços de emergência da rede pública, o que tem gerado situações de franca hostilidade por parte dos pacientes e familiares.

Algumas das características inerentes à tarefa médica definem, isoladamente ou em seu conjunto, um ambiente profissional cujo colorido básico é formado pelos intensos estímulos emocionais que acompanham o adoecer (NOGUEIRA-MARTINS, 1991):

- o contato íntimo e freqüente com a dor e o sofrimento;
- lidar com a intimidade corporal e emocional;
- o atendimento de pacientes terminais;
- lidar com pacientes difíceis: queixosos, rebeldes e não aderentes ao tratamento, hostis, reivindicadores, auto-destrutivos, cronicamente deprimidos;
- lidar com as incertezas e limitações do conhecimento médico e do sistema assistencial que se contrapõem às demandas e expectativas dos pacientes e familiares que desejam certezas e garantias.

Em um estudo prospectivo (NOGUEIRA-MARTINS, 1994) realizado na Escola Paulista de Medicina com residentes de 12 programas de Residência Médica, os resultados mostraram que as principais dificuldades encontradas pelos residentes na tarefa assistencial foram:

- a quantidade de pacientes;
- a comunicação com pacientes de baixo nível socio-econômico-cultural;

- pacientes hostis e/ou reivindicadores;
- pacientes que vêm a falecer;
- pacientes com alteração de comportamento;
- as comunicações dolorosas (comunicar ao paciente e/ou à família situações graves ou de morte);
- os dilemas éticos;
- o medo de contrair infecções durante a realização de atos médicos.

Nesse estudo, as principais fontes de estresse identificadas pelos residentes foram:

- medo de cometer erros;
- fadiga, cansaço;
- falta de orientação;
- estar constantemente sob pressão;
- plantão noturno;
- excessivo controle por parte dos supervisores;
- lidar com as exigências internas ("ser um médico/a que não falha");
- falta de tempo para lazer, família, amigos, necessidades pessoais.

O tema das motivações para a escolha profissional suscita diversas questões. Como era, do ponto de vista psicológico, o estudante antes de ingressar na faculdade de Medicina? É possível prever quais estudantes podem vir a ter maiores dificuldades durante o curso de Medicina? E após tornar-se médico? Quais os mecanismos adaptativos que os médicos utilizam para lidar com os conflitos e dificuldades na vida profissional?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BALINT M. *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro/São Paulo: Livraria Atheneu, 1988.
2. BALINT M. Psicanálise e Prática Médica In MISSENARD, A. (org) *A experiência Balint: história e atualidade*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.
3. BOTEGA, N.J. Psicologia Médica, Balint...lembra-se? *Monit. Psiquiatr.* 2:1-2, 1996.
4. MENZIES, I. *O funcionamento das organizações como sistemas sociais de defesa contra as ansiedades*. Londres: Instituto Tavistock de Relações Humanas, 1970. (Tradução e adaptação de Arakcy Martins Rodrigues. Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas)
5. NOGUEIRA-MARTINS, L.A. Atividade Médica: fatores de risco para a saúde mental do médico. *Rev Bras Clín Terap*, 20:355-364, 1991.
6. NOGUEIRA-MARTINS, L.A. Consultoria psiquiátrica e psicológica no hospital geral: a experiência do Hospital São Paulo. *Revista ABP-APAL*, 11:160-164, 1989.
7. NOGUEIRA-MARTINS, L.A. *Residência Médica: um estudo prospectivo sobre dificuldades na tarefa assistencial e fontes de estresse*. São Paulo, 1994. Dissertação (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina.
8. NOGUEIRA-MARTINS, L.A.; BOTEGA, N.J.; CELERI, E.H.R.V. Interconsulta Psiquiátrica. In: BOTEGA, N.J.(org) *Serviços de Saúde Mental no Hospital Geral*. Campinas: Papyrus, 1995.
9. NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F. *A transição estudante-fonoaudiólogo: estudo qualitativo sobre a vivência dos primeiros atendimentos*. São Paulo, 1998. Dissertação (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo/ Escola Paulista de Medicina.
10. PITTA, A. *Hospital, dor e morte como ofício*. São Paulo, HUCITEC, 1991.
11. ZIMMERMAN, D. E. A formação psicológica do médico. In: MELLO FILHO, J. *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

ANEXO 5

1º Questionário

Data: _____

Profissão: _____

Questionário:

1) Na sua profissão o que você identifica como fonte de estresse e sofrimento psíquico no cotidiano de trabalho?

2) O que você deseja alcançar na sua profissão com o cuidado de si mesmo?

3) Você considera que a sua profissão gera sofrimento psíquico? Se a resposta for afirmativa responda: O que você fez até hoje para diminuir o sofrimento psíquico inerente no seu cotidiano de trabalho?

4) O que você acha que sua instituição precisa fazer para desenvolver o cuidado da saúde mental dos profissionais?

5) Você acredita que o cuidado de si mesmo contribui para o cuidado do outro? Justifique.

ANEXO 6

TEXTO E DICUSSÃO SOBRE AS RELAÇÕES DE CUIDADO

OBS: Este artigo é apenas recorte do artigo completo, esses recortes foram feitos para atender a esse encontro. O mesmo foi publicado no Anais do Simpósio de Psicanálise e Psicoterapia no Campo da Saúde Mental realizado em Agosto de 2005 na cidade do Rio de Janeiro.

Autores:

Elisa Alves da Silva - Psicóloga, Mestranda em Psicologia Clínica (Instituto de Psicologia – UNB), membro do Grupo de Intervenção Precoce nas Psicoses (UNB).

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa - Professor Adjunto (Instituto de Psicologia – UNB), MA em Filosofia e Ética da Saúde Mental (Inglaterra), Coordenador da Clínica Escola (UNB) e do Grupo de Intervenção Precoce nas Psicoses (Instituto de Psicologia – UNB).

Relações de Cuidado:

Refletindo sobre a saúde mental dos profissionais de saúde

A sociedade atual torna-se intensamente cada dia mais complexa, a imensa globalização em que todos estão envolvidos faz com que qualquer situação afete/abale países, cidades, indústrias, famílias, pessoas, trabalho, dentre outros. No entanto, toda essa diversidade de contextos sociais mostra-se irreduzível a qualquer lógica englobante.

Envolvidos nesta 'teia globalizante', observa-se que nossa convivência é permanentemente vivenciada com esta tensão entre uma tendência à globalização e uma força de resistência representada pelas particularidades de cada contexto social. A racionalidade objetiva visa à universalização, mas esta esbarra nas singularidades subjetivas.

Este cenário fica mais complexo no campo da saúde, onde existe uma grande parte de profissionais adotando práticas de caráter segmentário e assumindo uma perspectiva centrada no objeto de sua prática, que, neste sentido, torna-se restrito e parcial.

Assim, esta forma de objetividade tende a reduzir as pessoas à condição de objeto de uma prática, o que se torna o avesso das muitas propagandas e projetos implantados que priorizam a chamada relação humanizada. Uma relação 'humana' deve ser sedimentada entre duas pessoas e, não, entre uma pessoa e um objeto.

Nogueira-Martins (2003) esclarece que em razão do acelerado processo de desenvolvimento tecnológico na área da saúde, a singularidade do cliente – emoções, crenças e valores – ficou em segundo plano; sendo a doença o objeto do saber reconhecido cientificamente. Logo, as atuais condições que se encontram os profissionais de saúde e as instituições não têm contribuído para a melhoria do relacionamento profissional – cliente.

O cotidiano dos profissionais de saúde, principalmente dos profissionais que trabalham em instituições que atendem uma grande demanda de pessoas, sendo essas geralmente instituições públicas, vêem o tempo como um grande inimigo: a demanda não cabe no espaço de tempo estabelecido, as condições de trabalho são precárias, o ambiente e as relações de trabalho são reduzidos, e então uma grande 'bola de neve' vai se formando em torno dos profissionais-instituições-usuários. Com certeza isso gera sérias conseqüências, sendo uma dessas grave e de grande importância: relação de cuidado entre profissionais e clientes.

Para Maldonado e Canella (2003) a "instituição dificulta sistematicamente o vínculo, o cliente deve ser rapidamente atendido e os exames complementares, por vezes demorados, fazem o diagnóstico e, ao mesmo tempo, satisfazem à necessidade de consumo da tecnologia" (p.8).

Osório (2003) ressalta que os profissionais da área de saúde (médicos, dentistas, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, etc) possuem a função de cuidar de pacientes e promover o bem-estar físico, psicológico e social – "esses cuidados

requerem uma atitude de disponibilidade que vai além de suas competências técnicas para o exercício de suas funções” (p.127). No contato com cada paciente, o profissional de saúde e outros cuidadores defrontam-se com ansiedades, depressões e conflitos que os deixam vivendo imerso no estranho e complexo mundo dos outros e muitas vezes perdendo o contato com o seu próprio. (Benevides-Pereira, 2001).

É por meio da formação e do conhecimento intelectual que se passa a conhecer o nosso instrumento de trabalho – e é, muitas vezes, por essa via de formação que se esquece que o eixo central de trabalho desses profissionais nada mais é que o próprio ser humano, ou seja, nós mesmos.

Migott (2001) revela questões importantes para serem refletidas a este respeito: “Estamos solidificando e ampliando técnicas de conhecimentos a respeito da vida e dos outros, mas como está o laboratório da vida do enfermeiro (ou profissional de saúde)? Nota-se uma concentração de assuntos para o cliente, mas como vive quem cuida? Quem são essas pessoas? Como agem essas pessoas? Entre essas e tantas outras indagações, como estão sendo ensinadas essas questões aos graduandos, mestrandos e doutorandos?” (p.19).

Tentar realizar todas essas expectativas (clientes e instituições) significa também que muitas vezes esses profissionais serão ‘tentados’ a olhar para suas próprias dores, angústias e sofrimentos. E pode significar ainda mais: a chance desses profissionais encontrarem também o próprio desequilíbrio.

Nessa situação o cuidador pode passar para o papel de cliente, sendo que a energia gasta para o controle da manutenção do papel de profissional de saúde (controle das emoções, da lógica de trabalho) se torna muitas vezes em um custo muito alto: o sofrimento psíquico.

Dejours (1987) esclarece que o sofrimento psíquico entre os trabalhadores permanece praticamente não analisado. Este silêncio revela as dificuldades dessa discussão, sendo este terreno considerado complexo, pois leva as questões ligadas a subjetividades do indivíduo.

Nesse sentido, Mendes (2004), diz que o sofrimento no trabalho é uma vivência individual e/ou compartilhada, muitas vezes inconsciente, de experiências dolorosas como angústia, medo e insegurança; pode ser investigado por meio de diversos indicadores, dentre os quais se destacam: o desgaste, sentimentos de desânimo, cansaço, ansiedade, frustração, tensão emocional, sobrecarga e estresse no trabalho.

“Uma das formas de enfrentamento do sofrimento é a utilização de estratégias defensivas. Tais defesas visam evitar o aspecto doloroso, muitas vezes inconsciente, que o sofrimento resgata para o trabalhador, sendo difícil o confronto e a convivência com este sentir para a manutenção do equilíbrio psíquico, que requer a proteção do ego contra os conflitos que se encontram na base do sofrimento” (Borges, Ferreira & Mendes, 2002, p.33).

Neste aspecto observa-se que o escolher e atuar como um profissional de saúde é tão complexo quanto o próprio vivenciar neste contexto de trabalho. Pensar que os sofrimentos e angústias que trazem o cotidiano desses profissionais estejam ligados somente às formas de funcionamento das instituições e organizações fica tão reduzido como pensar que esses sofrimentos advêm somente das relações cuidado-cuidador.

Há uma rede que envolve todas essas dimensões: trabalho, subjetividade, cuidado, sofrimento psíquico e instituições. Voltar à atenção para a complexidade dessas relações permite ver a globalidade desses assuntos e as interações desses sistemas. Ao tentar-se reduzir esses sistemas corre-se o risco de perder relações que são significantes para esses profissionais.

Nogueira-Martina (2003, p. 1) considera que:

“As reflexões sobre a tarefa assistencial conduzem também ao campo ético. A questão ética surge quando alguém se preocupa com as conseqüências que sua conduta tem sobre o outro. Para que haja ética é preciso ver (perceber) o outro. E, se para a assistência humanizada é preciso perceber o outro, conclui-se que a assistência humanizada e ética caminham juntas. O trabalho de um profissional,

qualquer que seja sua atividade, depende tanto da qualidade técnica como da qualidade interacional”.

Nesse ítem podemos notar que a partir do momento em que os profissionais tiverem consciência que o cuidado de si é aliado ao cuidado do outro, novas perspectivas com as relações de cuidado podem ser definidas.

Sabe-se que todas essas reflexões não são passíveis de ações imediatas e de fáceis internalizações desse novo pensar, é algo que pode começar a ser construído por todos profissionais que se encontram aliados a área da saúde.

A preocupação com a saúde mental dos profissionais de saúde deve ser alvo das reflexões do atual sistema em que nos encontramos. Já sabemos por estudos e discussões que essa problemática já é um fato existente em nossa sociedade, por isso devemos passar para pequenos planos que priorizem também a ação, logo, faz-se necessário a implantação de grupos de discussão e reflexão com esses profissionais, onde esses possam expor suas dificuldades, angústias e temores ligados ao exercício profissional.

Com certeza essas ações sendo utilizadas desde a graduação, revelando medidas de atenção primária, significará um eficiente instrumento psicopedagógico de natureza preventiva, pois esse trabalho fará uma sensibilização ao jovem aluno em relação aos aspectos psicológicos envolvidos (motivações, idealizações do papel de profissional e as dificuldades reservadas para o atuação da profissão escolhida).

Nogueira-Martins (2003) afirma que:

“Para o estudante desenvolver apropriadamente sua tarefa de ‘cuidador’, nada melhor do que passar pela experiência de ser cuidado. Nesse sentido, é de extrema importância o apoio psicopedagógico oferecido pela própria instituição de ensino, isto é, a criação de um ambiente propício para a discussão de problemas relacionados aos sentimentos e reações que os estudantes têm em sua atividade assistencial, o respeito às dificuldades do aluno e o oferecimento de um modelo de profissional capaz de integrar habilidades técnicas e habilidades interpessoais”. (p.7).

Toda essa discussão já vem sido estudada e pesquisada por muitos profissionais da área, o que mostra que essa caminhada ainda tende a dar muitos passos e voltas, mas nada que possa desanimar a luta para uma vivência melhor das relações de trabalho que envolva todo cotidiano.

Se tantas discussões vêm sendo feitas é sinal que algo não vai bem, é sinal que é preciso mudanças e transformações. Concordo, então, com Nogueira-Martins (2002), “convém, finalmente, salientar que toda e qualquer medida profilática envolve um processo de conscientização com tentativa de modificação de atitudes. Este processo costuma ser demorado e doloroso. As resistências não são pequenas e com frequência crescem ao longo desse processo” (p.138).

Coloco aqui a importância da saúde mental dos profissionais de saúde ser vista como algo de fato problematizada e precisando de novas ações, pois esses profissionais têm o direito de tornarem-se trabalhadores com condições mais saudáveis de ser e de fazer.

Referências Bibliográficas

- Benevides-Pereira, A. M. T. (2001). *A saúde mental dos profissionais de saúde mental: Uma investigação da personalidade de psicólogos*. Maringá: Eduem.
- Borges, L.O., Ferreira, M.C. & Mendes, A.M. (2002). *Trabalho em transição, saúde em risco*. Brasília: Ed. Universidade de Brasília.
- Dejours, C. (1987). *A Loucura do Trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. Tradução de Ana Isabel Parquay e Lúcia Leal Ferreira. São Paulo: Cortez – Oboré.
- Madalosso, A.R.M. (2001). *De mãos dadas com a qualidade: refletindo sobre o cuidado de enfermagem*. Série Dissertações Enfermagem, nº 3. Passo Fundo: UPF.
- Maldonado, M. T., Canella, P. (2003). *Recursos de relacionamento para profissional de saúde: a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores.
- Nogueira-Martins, M.C.F. (2003). *Humanização na saúde*. Revista Ser Médico. Retirado no dia 15/05/2003 do site <http://www.saude.gov.br/humanizacao>
- Migott, A.M.B. (2001). *Cuidado Construtivo: desvelando questões existenciais entre o agir ético e o técnico*. Série Dissertações Enfermagem, nº 4. Passo Fundo: UPF.

ANEXO 7

2º Questionário

Data: _____

Profissão: _____

Questionário:

1) Em quais momentos da sua vida profissional você sente que precisa de cuidados pessoais para cuidar do outro?

2) Quando você sente que necessita de cuidados pessoais você procura alguma forma de tratamento ou de cuidado consigo mesmo? Se sua resposta for afirmativa cite o que você faz nesses momentos.

3) Você acha que a vivência do seu papel profissional interfere em questões da sua vida pessoal? Quando isso acontece? E o que você faz quando essa situação acontece?

4) Você utiliza estratégias defensivas no seu papel profissional? Quais são essas estratégias? Em quais situações você percebe que isso acontece?

5) Na sua formação você teve momentos de discussão ou reflexão sobre a sua saúde mental? O que esses momentos contribuíram para sua vida profissional?

ANEXO 8

Textos e Discussões sobre alguns Programas “Cuidando Do Cuidador”: Reflexões sobre a Saúde Mental do Profissional de Saúde

OBS: Estes textos são apenas recortes de alguns artigos ou livros que fazem referência ao Programas feitos para o Cuidador (Profissional de Saúde), estes recortes foram feitos para atender a esse encontro. As referências bibliográficas de onde foram retirados estarão no final de cada texto.

TEXTO 1: PROGRAMA CUIDANDO DO CUIDADOR EM FORTALEZA CEARÁ

É possível alguma preparação para que os profissionais de saúde reconheçam as habilidades dos pacientes, acolhendo seus medos e sentimentos de impotência e de culpa, que podem, muitas vezes, repercutir nos próprios sentimentos ocultos do profissional? Será que esses profissionais contribuem para a descoberta das potencialidades de cura ou de cuidados do paciente, buscando as melhores formas para lidar com resignificar do estar doente?

O Programa Cuidando do Cuidador surgiu da necessidade de trabalhar questões como o estresse, a ansiedade, a qualidade de vida e outros aspectos que envolvam a rotina técnica e emocional da equipe de saúde. É um projeto desenvolvido por profissionais do Núcleo de Estudos em Psico-Oncologia, contribuindo para a divulgação e solidificação da Psico-Oncologia no Ceará.

Este Programa é realizado no Hospital Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará – hospital-escola voltado para o ensino, pesquisa e assistência, que visa um constante aperfeiçoamento, com o desenvolvimento de cursos e especializações.

O enfoque é direcionado a profissionais de saúde, com seus aspectos técnico e humano, no contato direto e contínuo com as questões acerca do sentido de saúde e doença, de vida e morte – do paciente, da equipe e da instituição.

O Cuidando do Cuidador visa à mobilização de uma nova tomada de atitude na prática médica, capaz de fazer dos sentimentos de quem escuta, de quem atende, um portal de percepção e de codificação da dinâmica da doença. Desse modo poderemos utilizar os sentimentos como uma força motriz, propiciando diversas expressões conforme as necessidades de cada paciente, na escuta dos seus pedidos, e compreendendo a simbologia do que significa para ele o adoecer.

Percebemos a importância de capacitar esses profissionais, fornecendo subsídios, para que eles possam articular, de forma mais saudável e criativa, as situações que se representam à sua equipe e a seu paciente, proporcionando, assim, uma maior integração dos aspectos bio-psicossociais.

Os participantes concentram-se em profissionais de saúde que trabalham com pacientes graves e terminais de diferentes clínicas, caracterizados por situações de profundo estresse.

O programa foi dividido em módulos, com temas que envolvem ao mesmo tempo as questões acerca do que vem a ser o cuidador e o ser cuidado, no contexto pessoal e profissional, tendo em vista o objetivo comum que o resgate da saúde. Os módulos são realizados com intervalo de 45 dias.

Está claro para nós que, à medida que se trabalha o individual, estamos integrando/alterando o coletivo, ou seja, o grupo e outras formas de relação que podem ocasionar um reformulação da instituição, na sua estrutura, dinâmica, funções e objetivos e na forma de intervenção junto à sua clientela interna e externa.

Os modelos são divididos em tópicos com uma metodologia teórico-prática, na qual mesclamos a vivência com a elaboração teórica, e em cada participante vai construindo o seu saber, a partir de trabalhos com o grupo, em duplas e individuais,

desenvolvendo-se uma abordagem diferenciada para profissionais habituados ao recurso apenas técnico.

O Programa Cuidando do Cuidador tem a proposta de refletir acerca de conceitos e crenças, e cogitar a dúvida e a abertura para o surgimento de novas concepções no campo das relações de saúde.

O primeiro grupo formado foi composto por enfermeiras, nutricionistas, psicólogas e assistentes sociais, totalizando vinte participantes. Algumas alterações ocorreram no transcorrer do programa, pois a cada módulo o grupo ia construindo a sua identidade e solicitando intervenções próprias à sua formação.

No começo o grupo expressou cautela e desconfiança em relação ao Programa. Um exemplo foi à resistência em alterar a proposta inicial de que o módulo fosse realizado no próprio local de trabalho, e no horário de serviço, com duração de vinte horas/aula, que seriam distribuídas numa semana. No início foi destacada a importância de se realizar um trabalho contínuo, sem intervalos, mas isso de imediato foi vetado pelo grupo, que não se dispunha a sair do horário e local de trabalho.

O terceiro módulo foi organizado pelo próprio grupo e realizado num sábado inteiro, no sítio de uma integrante. Percebemos que o grupo começou a se mobilizar para que os módulos se sucedessem da melhor forma possível, já que inseriam à sua realidade os conceitos abordados.

Esta foi à etapa na qual percebemos um movimento de reformulação e inclusão de novos conhecimentos com o relato dos participantes sobre a forma como interagiam as propostas dos módulos no seu trabalho e na sua família, e em outras formas de relação.

Dentro dessa perspectiva, a vivência no programa tem provocado não apenas uma mudança relativa a prática médica específica, mas, talvez o mais representativo, à própria forma como o profissional encara o seu estresse, os seus sofrimentos pessoais como canal de mediação para a percepção e empatia com os diferenciados níveis de sofrimentos do paciente.

Rodrigues, J. V.; Braga, E. N. (2002). Programa cuidando do cuidador em Fortaleza Ceará. Em M. M. da M. J. de Carvalho (Org.). *Psico-oncologia no Brasil: Resgatando o viver*. (pp. 52-61). São Paulo: Summus.

TEXTO 2: SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Diversos recursos têm sido propostos para prevenir as conseqüências da insalubridade psicológica do trabalho. Devo enfatizar que a implantação de medidas profiláticas deve, compulsoriamente, começar por uma medida básica: a inclusão da dimensão psicológica na formação do estudante.

Um exemplo de serviço organizado para o atendimento de médicos e enfermeiras residentes de um hospital é o Núcleo de Assistência e Pesquisa em Residência Médica (NAPREME) da Universidade Federal de São Paulo. O NAPREME tem como objetivos: contribuir para a redução do estresse do treinamento, promover o crescimento profissional e pessoal dos residentes, prevenir disfunções profissionais e distúrbios emocionais, oferecer atendimento psicológico, assessorar os preceptores dos Programas de Residência Médica e desenvolver projetos de pesquisa que identifiquem as dificuldades emocionais que ocorrem durante o treinamento. O objetivo final é aperfeiçoar o sistema de capacitação profissional na Residência Médica, aprimorando a assistência prestada aos pacientes e a qualidade de vida dos profissionais encarregados dessa assistência. (NOGUEIRA-MARTINS e cols, 1997).

A implantação de grupos de discussão e reflexão sobre a tarefa assistencial na Residência Médica, onde os residentes possam expor suas dificuldades, angústias e

temores ligados ao exercício profissional, tem se revelado um eficiente instrumento psicopedagógico de natureza preventiva.

A criação de equipes interdisciplinares e multiprofissionais nos serviços de saúde, possibilitando a troca de experiências e permitindo compartilhar as difíceis situações que se apresentam nas instituições médicas é uma outra tarefa prioritária.

As associações de classe e de especialidades, bem como os órgãos reguladores do exercício profissional, têm um importante papel a desempenhar, informando e estimulando o debate sobre os fatores de risco para a saúde mental do profissional e propondo o desenvolvimento de modelos de intervenção nos níveis institucional, grupal e individual.

Uma valiosa medida profilática é, sem dúvida, o debate aberto e franco sobre as nossas vulnerabilidades, limitações e patologias, com o mesmo empenho e dedicação com que o fazemos em relação às suscetibilidades e patologias dos nossos pacientes.

Dentre as medidas preventivas que podem ser aplicadas tanto no âmbito da formação como do exercício profissional, o Grupo de Reflexão sobre a Tarefa Assistencial merece destaque. O Grupo de Reflexão (ZIMERMAN, 1992), é uma técnica muito utilizada no ensino de Psicologia Médica, que pressupõe que as possibilidades de mudanças nas atitudes estão diretamente ligadas à intensidade das experiências emocionais vividas no decorrer do processo de ensino ou de trabalho. As experiências emocionais ligadas ao exercício profissional compartilhadas em um ambiente afetivo e acolhedor permitem um reassentimento da identidade profissional através da detecção e enfrentamento dos conflitos. Com este modelo, se propõe a criação de uma instância reflexiva sobre o cotidiano da prática assistencial, com possibilidade de detecção de entraves e pautas estereotipadas de conduta no exercício profissional. O manejo técnico utilizado neste tipo de grupo consiste em que seu coordenador centralize a discussão no tema que, como um denominador comum, emerge da livre discussão que se estabelece a partir dos relatos das vivências clínicas. O coordenador, através de breves estímulos, colocações e indagações, mercê de uma capacidade de discriminação e síntese, ajuda o grupo a sentir, indagar e incorporar um conjunto de valores que convergem para as atitudes médicas. O termo "re-flexão" indica que a finalidade precípua do grupo é a de levar o indivíduo a reflectir-se sobre si próprio através do pensar e do sentir, e assim levá-lo a *aprender a aprender*.

Os Grupos de Reflexão se caracterizam pela apresentação e discussão de casos clínicos de pacientes que estão sendo atendidos por um ou mais profissionais em diferentes âmbitos assistenciais (consultório privado, ambulatórios, enfermarias, etc.).

Nogueira-Martins, L.A. - Saúde Mental dos Profissionais de Saúde. In: BOTEGA, N.J. (org.) *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência*. Porto Alegre, Artmed Editora, 2002, pp.130-144.

TEXTO 3: HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

O complexo processo adaptativo frente aos fatores estressantes inerentes à prática profissional pode tomar diferentes caminhos. O resultado final da exposição à radiação psicológica estressante depende do indivíduo e de seus mecanismos e recursos subjetivos. Assim, poderá haver tanto uma adequada adaptação do profissional dentro dos limites possíveis ou, ao contrário, uma inadequada adaptação, com efeitos indesejáveis tanto no plano profissional como no pessoal.

A humanização é um processo amplo, demorado e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolve mudanças de comportamento, que sempre despertam receio e medo. Os padrões conhecidos parecem mais seguros; além disso, os novos não estão

prontos nem em decretos nem em livros, não tendo características generalizáveis pois cada profissional, cada equipe, cada instituição terá seu processo singular de humanização.

Foi formado um Grupo Técnico responsável pelo desenvolvimento do Programa, composta por cinco (05) profissionais da área de Saúde Mental. Durante o ano de 2002, o Grupo Técnico realizou os Encontros para a Formação de Grupos de Trabalho de Humanização (GTH), trabalhando com representantes de 40 hospitais da rede pública, com o objetivo de formar o GTH de cada hospital.

Foram ministradas aulas teóricas e realizadas supervisões em pequenos grupos, em encontros mensais, com esses representantes (um ou dois de cada instituição). As aulas teóricas abordaram temas como: Gestão SUS, Aspectos psíquicos nas relações profissionais, Conceito de Humanização, Formação de grupo, Trabalho interdisciplinar.

As supervisões trabalharam com dinâmica grupal, elaboração em grupo dos conteúdos das aulas teóricas, discussões específicas da realidade de cada hospital para a formação do Grupo de Trabalho de Humanização, e orientações pontuais do supervisor a respeito de questões práticas encontradas no dia-a-dia do trabalho de implantação do GTH.

Os grupos de supervisão passaram, inicialmente, por atividades que visavam a formação de continência grupal. Numa segunda fase, teve início a troca de experiências entre os representantes dos hospitais. Como o processo de Humanização é singular para cada instituição, não havia um modelo pronto a ser oferecido pela coordenação dos grupos; assim, a troca de experiências e o “pensar em conjunto” foram elementos importantes para o fortalecimento e para o aprendizado dos grupos.

Foram desenvolvidas várias iniciativas pontuais da Humanização: palestras; teatro; brinquedoteca; instalação de máquina de café e de refrigerante; reformas na estrutura física; caixas de sugestões em vários locais do hospital; mensagens no holerith; faixas, *banners*; criação de espaço físico para acomodar o usuário em sua espera pelo atendimento; divulgação dos direitos do paciente para os servidores e pacientes; criação de CCI (Centro de Convivência Infantil); organização de festa para filhos de servidores; oficina de pintura.

Foram constatadas várias dificuldades para implantação dos GTH, variando de hospital para hospital:

- insuficiente apoio da direção do hospital;
- falta de interessados em compor o Grupo;
- pouca valorização da proposta de Humanização; oscilação no grupo (entrada e saída de profissionais nos GTH);
- alta expectativa da instituição com relação ao GTH;
- necessidade do GTH de ser “reforçado” pela presença do supervisor em visita e/ou palestra ao hospital;
- falta de compreensão emocional de um ou outro representante dos hospitais a respeito do projeto (encarando-o como mero plano e, conseqüentemente, não conseguindo difundir idéias, propor ações e nem sensibilizar o pessoal do hospital).

Poucas iniciativas no sentido de “cuidar do cuidador” ou propostas de trabalho com as relações interpessoais na instituição foram implantadas nos hospitais participantes do Programa.

Essas são sugestões e considerações para o curto e médio prazo; porém, a longo prazo, outra medida (já sinalizada pelo PNHAH como necessária continuidade ao projeto dos hospitais) é fundamental: o aperfeiçoamento da formação do profissional de Saúde.

Sabe-se que nas áreas da Saúde (Medicina, Enfermagem, Farmácia, Fonoaudiologia, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Nutrição e outras), um grande desafio para a implantação de medidas humanizadoras no âmbito assistencial é a sensibilização e preparação dos profissionais. O que se observa é que a maioria dos profissionais não foi formada para o desempenho de uma assistência de

caráter humanizador, tendo recebido, muitas vezes, uma adequada carga de conhecimentos técnicos, veiculados, porém, sem o seu necessário complemento e amparo, que é o desenvolvimento da habilidade interacional. (NOGUEIRA-MARTINS, 1996; 2002a).

Algumas medidas se fazem necessárias tanto no nível da formação como no da educação continuada, sempre na busca do aprimoramento da formação do profissional, especialmente do seu papel de “cuidador”.

O ensino da Bioética é outra meta. A reflexão sobre questões verdadeiramente éticas suscitadas pela vida é o real alicerce de nosso código moral e de nossa conduta. Os conceitos de pessoa, responsabilidade, respeito, verdade, consciência, autonomia, justiça e outros, presentes no cotidiano das práticas assistenciais em Saúde deverão estar interiorizados para que possam nortear e modelar a conduta profissional. Não apenas o paciente deve ser visto como pessoa na totalidade de seu ser, liberto de processos alienantes, mas também o estudante e o profissional.

No âmbito dos profissionais já formados, as entidades profissionais que atuam nas áreas conselhal (conselhos reguladores e fiscalizadores do exercício profissional), sindical (sindicatos), associativa (associações de classe) e de especialidade (sociedades e associações de especialidades), têm um importante papel na formação, na educação continuada e no aperfeiçoamento dos profissionais da área da saúde.

Convém, finalmente, salientar que toda e qualquer medida modificadora de padrões de comportamento, de atitudes e de valores, como são as propostas de formação humanizada e humanizante, envolve um processo de conscientização e sensibilização, que costuma ser demorado e doloroso. As resistências não são pequenas e, com frequência, crescem ao longo do processo.

Nogueira-Martins, M.C.F. (2003). *Humanização da assistência e formação do profissional de saúde*. Retirado no dia 08/09/2003 do site http://www.polbr.med.br/arquivo/artigo0503_1.htm.

TEXTO 4: QUEM CUIDA DO CUIDADOR

A idéia central é a de propiciar aos profissionais de saúde, enquanto cuidadores, a possibilidade de vivenciarem um ambiente de apoio a partir do próprio relacionamento da equipe.

Percebi que na minha equipe as pessoas precisavam de apoio, de um espaço para verbalizar as angústias que os cercavam em momentos de transição. Utilizamos, então, as reuniões semanais de equipe para esse fim. Usávamos de franqueza e, identificados pela tensão comum, éramos mais afetuosos e acolhedores uns com os outros. As tensões decorrentes do trabalho eram freqüentemente discutidas pela equipe nas reuniões. No auge da crise motivada pela unificação do sistema de saúde, um dos médicos afirmou textualmente que o trabalho junto à equipe do Programa de Hipertensos representava, naquele momento, seu refúgio, pois era ali que usufruía o prazer necessário para suportar as tensões daquela situação.

Parto do princípio de que não há um “cuidador absoluto”. O cuidador também precisa ser cuidado. Precisa de alguém que lhe dê suporte, que lhe ofereça proteção e apoio, facilitando seu desempenho, compartilhando, de algum modo, sua tarefa.

Logo, o cuidador demanda reciprocidade. Necessita de alguém alcançável e capaz de funcionar como suporte. Se considerarmos o conceito de suporte social, diríamos que tal suporte, habitualmente oferecido por um provedor a um receptor, passa a ocorrer entre os próprio provedores, que, num momento, podem estar na posição de receptores, para, que em outro momento, ser provedores de um colega que ocupem o lugar de receptor.

É impossível visualizar a dinâmica da equipe fora do contexto de trabalho. Eu sabia que deveria trabalhar com pessoas que tivessem a mesma motivação, o mesmo desejo, que comungassem comigo a mesma idéia. Por isso afirmo ser impossível discutir a dinâmica da equipe sem discutir a proposta de trabalho. Destaco que ela continuo servindo, posteriormente, como ponto de apoio na solução de conflitos e dificuldades surgidas no decorrer do trabalho.

O exercício de relações afetuosas e cuidadoras verificados entre os profissionais de nossa equipe só foi possível, a meu ver, pelo exercício compartilhado das tarefas, pela comunicação franca que existia entre nós que, por sua vez, se substanciava num desejo comum de cuidar e numa proposta de trabalho claramente definida e coletivamente partilhada.

Por isso dissemos que o profissional propõe-se, no modelo atual, a ser um 'prescrevedor' e não um 'cuidador'. É claro que estamos generalizando e certamente existem as exceções. Existem equipes cuidadoras, mas a maioria são 'agrupamentos' funcionando de modo fragmentado, distanciado, com disputa de poderes e saberes, não constituindo, na acepção que aqui abordamos, uma equipe efetivamente.

O desafio é romper com um modelo de atenção à saúde que, na verdade, privilegia a doença. Um modelo que idealiza o profissional, 'coisifica' o paciente e impessoaliza o relacionamento entre eles. Um modelo que, quando pensa em dar atenção ao profissional, o faz tardiamente, quando esse profissional já adoeceu.

O desafio é fazer com que o encontro dos profissionais de saúde, entre si e com seus pacientes, seja um momento significativo, investido de afeto e do desejo de cuidar-ser-cuidado. Implica no reconhecimento, por parte dos profissionais, dos seus próprios limites, e na sensível percepção das aflições e fragilidades dos seus pacientes. Implica, sobretudo, na percepção de um ambiente acolhedor, afetoso e empático, vivenciado pela equipe no seu exercício cotidiano, contribui de maneira decisiva para o enfrentamento das tensões geradas pela prática profissional, desse modo reduzindo a possibilidade de eclosão de doenças e repercutindo diretamente na qualidade e nos resultados dos cuidados proporcionados aos pacientes.

Campos, E. P. (2005). *Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais de saúde*. Petrópolis, RJ: Vozes.

ANEXO 9

3º Questionário

Data: _____

Profissão: _____

Questionário:

1) Para você, profissional de saúde, qual a importância de existirem Programas voltados para o Cuidado do Cuidador?

2) Quais os benefícios que esses Programas podem trazer para o seu cotidiano de trabalho?

3) Na Instituição que você trabalha já houve eventos ou oficinas que tivessem a temática da Saúde Mental do Profissional de Saúde? Você participou? Como foi participar desse evento?

4) Na sua equipe de trabalho vocês possuem momentos de apoio e cuidado? Quando acontecem esses momentos? Como você se sente nesses momentos?

5) Na sua experiência profissional com sua equipe, o que você sugeriria como Programa ao Cuidado da Saúde Mental de vocês?

6) Você acha que pode ajudar na construção desses Programas? Como?

ANEXO 10

Ficha de Avaliação Final

Data: _____

Profissão: _____

O ENCONTRO FOI...	ESTOU ME SENTINDO...

1) O que a pesquisa proporcionou para sua reflexão sobre a saúde mental do profissional de saúde?

2) Faça uma avaliação dos encontros:

3) Sugestões para novas pesquisas sobre este tema:
