



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**Formação em saúde, trabalho e sofrimento de profissionais de saúde que atuam em um  
CAPS ad: Um estudo exploratório.**

**Bethânia Ramos Meireles**

Brasília, outubro/2013



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**Formação em saúde, trabalho e sofrimento de profissionais de saúde que atuam em um  
CAPS ad: Um estudo exploratório.**

Bethânia Ramos Meireles

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, área de concentração Psicologia da Saúde.

**Orientador: Prof. Ileno Izídio da Costa.**

**Co-orientadora: Prof<sup>a</sup> Clélia Maria de Souza Ferreira Parreira**

Brasília, outubro/2013

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APROVADA  
PELA SEGUINTE BANCA EXAMINADORA:

---

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa  
Universidade de Brasília

---

Prof (a). Dr (a). Maria Inês Gandolfo Conceição  
Universidade de Brasília

---

Prof (a). Dr (a). Regina Lucia Sucupira Pedroza  
Universidade de Brasília

---

Prof (a). Dr (a). Maria Cláudia Santos Lopes de Oliveira  
Universidade de Brasília

Brasília, outubro/2013

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida e pelas oportunidades.

A minha mãe, pelo amor e constante incentivo ao meu crescimento pessoal e profissional.

Ao meu pai e irmãs, pelo apoio nos momentos difíceis e o sempre reconhecimento.

Aos profissionais que participaram voluntariamente deste estudo, por sua sinceridade, disponibilidade e simpatia.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de nível superior (CAPES), pelo apoio à pesquisa.

Ao meu orientador, Prof. Ileno Izídio da Costa, por suas orientações, confiança e incentivo.

À professora Clélia Maria de Souza Ferreira Parreira, pela competência, disponibilidade, boas conversas e amizade.

A minha amiga Marília Mendes, pelas palavras carinhosas e amizade nos momentos de dúvidas e angústias.

À professora Ana Magnólia Mendes, que me apresentou a Teoria da Psicodinâmica do Trabalho.

À professora Maria Inês Gandolfo, que divulgou o edital de inscrição da pós-graduação.

Aos meus colegas e professores da pós-graduação, pelas produtivas trocas de conhecimento.

A todos os que, de certa forma, contribuíram para a realização deste estudo, os meus sinceros agradecimentos.

## RESUMO

Este estudo analisa a implementação da Política de Educação Permanente em Saúde e sua contribuição para a compreensão do sofrimento psíquico dos profissionais de saúde que atendem em um Centro de Atenção Psicossocial – álcool e drogas (CAPS ad), localizado no Distrito Federal. A pesquisa busca compreender o processo de trabalho dos profissionais de saúde, identificar as vivências de prazer, a manifestação do sofrimento psíquico, as estratégias para lidar com o sofrimento que o trabalho demanda e identificar as oportunidades de Educação Permanente em Saúde. A pesquisa foi realizada com oito profissionais de saúde que atuam no CAPS ad de Sobradinho, no Distrito Federal, de ambos os sexos e de diversas graduações em Saúde. Trata-se de uma pesquisa quantitativa que utilizou como instrumento de coleta de dados a entrevista individual com roteiro aberto semiestruturado. Os dados foram analisados segundo o Discurso do Sujeito Coletivo, à luz do referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho e de estudos realizados na temática. Os resultados da pesquisa apontam que a capacitação em saúde oferecida não auxilia na amenização do sofrimento, mas sinaliza outros fatores responsáveis por manter os profissionais saudáveis no CAPS ad investigado. O estudo concluiu que um processo de capacitação adequado à realidade do serviço, que integre ensino-serviço, pode colaborar para a amenização do sofrimento psíquico dos profissionais de saúde que atuam no serviço do CAPS ad e que a supervisão clínico-institucional deve ser entendida enquanto uma ação de Educação Permanente em Saúde.

**Palavras-chave:** Processos de trabalho; CAPS ad; sofrimento psíquico; ensino na saúde; educação permanente.

## **ABSTRACT**

This study analyses the implementation of the Continuing Education in Health Policy and its contribution to understanding the psychic suffering of health professionals serving in a Psychosocial Care Center – alcohol and drugs (CAPS ad), located in the Federal District. The research aims to understand the work of health professionals, identify the experiences of pleasure, the manifestation of psychic suffering, strategies to deal with the suffering at work and opportunities for continuing education in health. The research was conducted with eight health professionals working in CAPS ad Sobradinho at the Federal District, of both sexes and various degrees in health. This is a quantitative and qualitative research that used as a tool for data collection during individual interviews with open semi-structured script. Data were analyzed using the Collective Subject Discourse, in the light of the theoretical psychodynamics of work and studies on the subject. The survey results indicate that education offered to health professionals CAPS ad does not help in alleviating the suffering, but the study indicates other factors responsible for maintaining the health professionals at work. The study concluded that a process of training appropriate to the reality of the service, which integrates teaching service, can contribute to the alleviation of suffering mental health professionals who work in the service of CAPS ad and institutional clinical supervision must be understood as one action continuing health education.

**Keywords:** Work processes; CAPS ad, psychic suffering, health education, continuing education.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. <i>Informações sobre a População Atendida, Assistência Prestada e Recursos Humanos nas três Modalidades de Serviços CAPS (MS, 2002)</i> .....	20
Tabela 2. <i>Diferenças entre Educação Continuada e Educação Permanente (Merhy, Feuerwerker, &amp; Ceccim, 2006)</i> .....	26
Tabela 3. <i>Descrição da Modalidade CAPS ad II (MS, 2002)</i> .....	56
Tabela 4. <i>Discurso do Sujeito Coletivo para Vivências de Prazer</i> .....	60
Tabela 5. <i>Discurso do Sujeito Coletivo para Vivências de Sofrimento</i> .....	65
Tabela 6. <i>Discurso do Sujeito Coletivo para Estratégias Defensivas no Trabalho</i> .....	72
Tabela 7. <i>Discurso do Sujeito Coletivo para Educação Permanente em Saúde no CAPS ad</i> .....	76

## LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Gráfico de frequência das categorias de resposta para a pergunta prazer .....	59
<i>Figura 2.</i> Gráfico de frequência das categorias de resposta para a pergunta sofrimento .....	64
<i>Figura 3.</i> Gráfico de frequência das categorias de resposta para a pergunta estratégias .....	72
<i>Figura 4.</i> Gráfico de frequência das categorias de resposta para a pergunta Educação Permanente em Saúde .....	76



## **LISTA DE SIGLAS**

AC – Ancoragem

CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas

CIBs – Comissões Intergestores Bipartite

CIES – Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço

DAPES – Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

DEGERTS – Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho na Saúde

DEGES – Departamento de Gestão da Educação na Saúde

DSC – Discurso do Sujeito Coletivo

ECH – Expressões-chave

FEPECS – Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

IC – Ideia Central

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

MS – Ministério da Saúde

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

PAREPS – Plano de Ação Regional de Educação Permanente em saúde

PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>Introdução .....</b>	<b>10</b>
<b>O Caminhar da Saúde Mental no Brasil .....</b>	<b>13</b>
<b>Breve Histórico da Psiquiatria Brasileira .....</b>	<b>13</b>
<b>Movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil .....</b>	<b>17</b>
<b>Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). .....</b>	<b>20</b>
<b>Formação e Qualificação .....</b>	<b>24</b>
<b>Educação Permanente em Saúde. ....</b>	<b>24</b>
<b>A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde(PNEPS). ....</b>	<b>31</b>
<b>Trabalho e Saúde Mental .....</b>	<b>37</b>
<b>Estudos na Interface Trabalho e Saúde .....</b>	<b>37</b>
<b>Sobre a Teoria da Psicodinâmica do Trabalho .....</b>	<b>42</b>
<b>Caminhos da Experiência - Metodologia .....</b>	<b>48</b>
<b>Delimitação do Estudo .....</b>	<b>48</b>
<b>Método .....</b>	<b>48</b>
<b>Procedimentos .....</b>	<b>52</b>
<b>Usando o software Qualiquantisoft. ....</b>	<b>57</b>
<b>Prazer, Sofrimento e Qualificação do Trabalho em Saúde Mental – Resultados e Discussão</b>	<b>59</b>
<b>Vivências de Prazer .....</b>	<b>59</b>
<b>Sofrimento no Trabalho .....</b>	<b>64</b>
<b>Estratégias Defensivas no Trabalho .....</b>	<b>71</b>
<b>Educação Permanente em Saúde .....</b>	<b>75</b>
<b>Considerações Finais e Implicações do Estudo .....</b>	<b>83</b>
<b>Referências .....</b>	<b>86</b>
<b>Anexo A. Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa .....</b>	<b>92</b>
<b>Apêndice A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>95</b>
<b>Apêndice B. Roteiro de entrevista semiestruturada .....</b>	<b>96</b>

## Introdução

O ponto central desta dissertação é a análise das possíveis contribuições das ações de Educação Permanente em Saúde para a compreensão do sofrimento no trabalho dos profissionais de saúde que atuam em um Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS ad).

Na década de 1980, intensificou-se no Brasil um movimento substitutivo ao modelo de assistência em Saúde Mental vigente, denominado de Reforma Psiquiátrica. Surgiram no país as primeiras experiências institucionais bem-sucedidas nesse novo modelo de cuidado em Saúde Mental, marcos de uma nova prática em Saúde Mental, que foram o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo, e a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos.

Somente em 2001 foi aprovada a Lei nº10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência em Saúde Mental. É instituído oficialmente um novo modelo de serviço de atendimento em Saúde Mental substituto às internações em hospitais psiquiátricos tradicionais. Esse novo modelo é representado, primordialmente, pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que foram fundamentais para a transformação no campo da Saúde Mental e da Saúde Pública.

Em 2001, ano da regulamentação da lei supracitada, eu, estudante do primeiro ano do curso de graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará, tive o primeiro contato com o movimento da Reforma Psiquiátrica e fiquei comovida ao ver alguns documentários que destacavam os relatos de sofrimento, abandono e exclusão vivenciados pelos pacientes com transtornos mentais. A disciplina durou apenas seis meses, mas a temática permaneceu em minha vida e, vez ou outra, era resgatada pela memória, seja nas outras disciplinas cursadas na graduação, seja nos estágios em Saúde de que participei ao longo da minha trajetória na graduação.

Em 2007, concluída a formação em Psicologia e certa de que minha área de atuação profissional seria na temática Saúde e Trabalho, iniciei na Universidade de Brasília a Especialização em Psicodinâmica do Trabalho, onde conheci um colega que trabalhava em um CAPS em Mato Grosso do Sul. Mais uma vez a Saúde Mental em minha vida!

O relato desse colega, profissional do CAPS, destacava a dificuldade de se trabalhar nesse novo modelo em Saúde Mental, a ausência de formação específica em Saúde Mental e, conseqüentemente, o sentimento de impotência e sofrimento vivenciado pelos profissionais que atuam no serviço chamou minha atenção e transportou-me para o ano de 2001, momento de meu primeiro contato com a temática. Nesse momento, ainda como estudante da especialização em Saúde e Trabalho, reiniciei meus estudos na temática, o que acendeu um desejo de realizar um trabalho com os profissionais atuantes nesse novo modelo.

Os anos se passaram e, em 2010, já especialista, fui convidada a trabalhar em um projeto de extensão cujo foco central era a capacitação de educadores de escolas públicas na prevenção do uso de drogas, mas que tinha como meta, dentre outras, realizar um trabalho de pesquisa em um CAPS ad do DF. E lá estava eu mais uma vez entrando em contato com a Saúde Mental. Agora com um novo olhar, o de especialista na interface trabalho e saúde.

No contato com esse CAPS, deparei-me com a realidade de trabalho dos profissionais e suas dificuldades em promover a assistência aos usuários desse serviço. Então, tive a certeza de que queria realizar um trabalho com essa categoria profissional, e em 2011, veio oportunidade de um mestrado em Ensino na Saúde. Oportunidade melhor não haveria para colocar em prática meus conhecimentos na temática saúde e trabalho, e meu desejo em trabalhar com os profissionais da Saúde Mental. E aqui estou!

O contato com o CAPS, quando no trabalho no projeto, a imersão nos estudos em Saúde Mental, nas especificidades da Lei nº 10.216, de 2001, e nas diretrizes que sustentam o CAPS, mostrou a relevância em realizar estudo com os profissionais de saúde que atuam nesse novo contexto, já que desses profissionais é exigida não só técnica profissional, mas também uma habilidade para lidar com as inovações do modelo em Saúde Mental, como trabalhar na perspectiva da reinserção social e de quebras de paradigmas em relação às pessoas acometidas por transtornos mentais.

Pensando na importância desses profissionais para o funcionamento desse novo modelo de atendimento em Saúde Mental, justifica-se a realização desta pesquisa, que objetiva analisar as possíveis contribuições das ações de Educação Permanente em Saúde para a compreensão do sofrimento no trabalho dos profissionais de saúde de um CAPS ad.

Este estudo inicia-se com esta introdução, que apresenta os motivos que levaram à escolha do tema, e é seguido por quatro capítulos, cujas temáticas são apresentadas nos parágrafos seguintes.

Para entender as transformações da Saúde Mental no Brasil e o movimento da Reforma Psiquiátrica, que culminou com a aprovação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, é necessário compreender as particularidades da instituição da Psiquiatria no Brasil. Por isso, o primeiro capítulo denominado o “Caminhar da Saúde Mental no Brasil” apresenta um breve histórico da Psiquiatria brasileira, que se inicia com a chegada da Família Real Portuguesa ao Brasil e com o movimento de construção de uma educação popular em Saúde. No referido capítulo também está exposto o Movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, salientando o surgimento e funcionamento dos CAPS. Ainda no primeiro capítulo é exposto como vêm acontecendo as ações de educação permanente em Saúde no Brasil, e é apresentada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

No segundo capítulo, há o destaque para alguns estudos realizados na interface Trabalho e Saúde Mental, salientando pesquisas realizadas em CAPS e em outros serviços de saúde. O capítulo finaliza com uma introdução da Teoria da Psicodinâmica do Trabalho.

No terceiro capítulo são apresentados objetivos geral e específicos do estudo e o método qualitativo. Nesse capítulo são descritos o perfil dos sujeitos e o local de realização da pesquisa, os procedimentos de coleta e a forma como os dados foram analisados.

Já no quarto capítulo estão organizados os resultados do estudo, que são apresentados por meio de figuras que descrevem os resultados quantitativos e os resultados qualitativos, os Discursos dos Sujeitos Coletivos, construídos a partir das respostas que os sujeitos de pesquisa forneceram às perguntas.

Nas considerações finais são apontadas as contribuições que esta pesquisa deixa para a comunidade científica, para os profissionais que atuam nos serviços de Saúde e para o desenvolvimento de ações educacionais em Saúde, bem como as implicações e limitações da pesquisa.

## O Caminhar da Saúde Mental no Brasil

### Breve Histórico da Psiquiatria Brasileira

O ano de 1808 foi marcado pela chegada da Família Real Portuguesa ao Brasil e por uma série de mudanças sociais e econômicas que necessitavam de medidas de controle social para ordenar o crescimento das cidades e das populações. Com o objetivo de ordenação social, o Estado, com a ajuda da Medicina, passa a intervir na loucura. Nesse contexto, surge o primeiro desenho do projeto da Psiquiatria brasileira, que foi marcado por um processo de asilamento e de medicalização social (Delgado, 2001).

No ano de 1830, foi instituída a primeira medida oficial para diagnosticar a situação dos loucos na cidade do Rio de Janeiro, coordenada por uma comissão da sociedade de Medicina do Estado. Os loucos eram considerados doentes mentais, que necessitavam de um espaço social próprio destinado à reclusão e tratamento especializado. Vale destacar que antes da intervenção do Estado os loucos dificilmente eram tratados em hospitais. Estes estavam jogados à sorte, perambulando pelas ruas, dormindo em asilos de mendigos ou em prisões e casas de correção. Nesse momento da história da Psiquiatria, o relator da comissão da sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, Dr. Cruz Jobim, reivindica para a medicina o poder sobre a loucura e escreve o destino da Psiquiatria brasileira ao proferir a palavra de ordem: um hospício para os loucos (Birman, 2008).

No entanto, não houve uma definição clara sobre quem eram esses loucos acometidos por doenças mentais. A própria definição de doença mental ainda não estava esclarecida, e foram intitulados como loucos: os miseráveis, os marginais, os índios, os negros, os retirantes, entre outros excluídos da sociedade. Nessa perspectiva, e seguindo esses pressupostos, foi inaugurado em 1852, no Rio de Janeiro, o primeiro hospício do país, denominado Hospício D. Pedro II (Amarante, 2008).

Ressaltamos que a assistência em Saúde Mental no Brasil apresenta em sua história as marcas da exclusão social, de práticas de violências explícitas ou não, de poder do profissional sobre o usuário e de repressão moral, reflexo da preconceitualização de um referencial de modelo biológico, que priorizava o manicômio como o único local para o tratamento (Basaglia, 1985; Goffman, 2003).

Por quase 30 anos, o Hospício D. Pedro II esteve sob o poder da Santa Casa de Misericórdia e da Igreja, e somente em janeiro de 1890, com a chegada dos republicanos ao poder, a instituição passa a ser subordinada à administração pública e recebe a denominação de Hospital Nacional de Alienados, coordenado por João Carlos Teixeira Brandão (Amarante, 2008).

A Psiquiatria instituída no Brasil esteve baseada no modelo manicomial, que pregava o isolamento social dos considerados loucos, que eram internados em instituições totais e submetidos a tratamento moral, assistência disciplinar e à soberania do discurso médico. O modelo manicomial

atendia tanto o ideal de cura dos acometidos por doenças mentais quanto da proteção da sociedade diante da periculosidade, anomalia e bizarrice que o louco personificava (Desviat, 1999).

Da inauguração do Hospício D. Pedro II à criação do Hospital Nacional dos Alienados foram constituídos em todo o Brasil dezenas de instituições asilares, hospícios, hospitais psiquiátricos, colônias, manicômios judiciários. Nesse período, foi criada a primeira instituição pública de saúde da República: a Assistência Médico-legal aos Alienados. Surgem também, nesse momento, as primeiras colônias de alienados da América Latina (Colônias de São Bento, de Conde de Mesquita e a de Vargem Grande, no Estado do Rio de Janeiro, e a Colônia de Juqueri, no Estado de São Paulo) (Santos, 2009).

Essas medidas, instituídas durante a República e fundamentadas no modelo de colônias de assistência aos doentes mentais, que prezavam a convivência fraternal entre a comunidade e os loucos, já caracterizavam a primeira Reforma Psiquiátrica brasileira (Amarante, 2008).

No ano de 1903, o Brasil, foi marcado por transformações importantes, com a presença do médico Juliano Moreira que, recém-chegado da Europa, assumiu a direção da Assistência Médico-legal aos Alienados. O referido médico realizou uma gestão voltada para a ampliação dos asilos, sua reorganização e também para a legitimação jurídico-política da Psiquiatria nacional. Tal legitimação culminou com a promulgação da Lei nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903, que reorganizou a assistência aos alienados (Andrade, 1994, citado por Amarante, 1998).

O médico Juliano Moreira, que proibia o uso de camisa de força nos serviços que dirigia, apresentou ao Brasil a escola psiquiátrica alemã, que trouxe uma importante contribuição quanto à discussão etiológica das doenças mentais. Tal concepção utiliza do biologicismo para explicar não só a origem das doenças mentais, mas também muitos dos fatores e aspectos étnicos, éticos, políticos e ideológicos de múltiplos eventos sociais. Vários avanços na psiquiatria são vivenciados durante a coordenação de Juliano Moreira, que ocupou a direção da Assistência Médico-legal aos Alienados até 1930, quando foi destituído pelo governo de Getúlio Vargas (Andrade, 1994, citado por Amarante, 1998).

Vale destacar que, junto aos avanços promovidos na gestão de Juliano Moreira, em 1923, foi criada a Liga Brasileira de Higiene Mental, voltada para a intervenção no espaço social por meio de práticas notadamente eugenistas, xenofóbicas, antiliberais e racistas. A constituição da liga marca a posição da Psiquiatria que assume a defesa do estado e de sua ação de controle social, de recuperação de raças, de constituição de coletividades sadias (Amarante, 2005).

Nessa perspectiva, a década de 1930 foi marcada pela era dos choques e pela Psiquiatria comunitária. Esta Psiquiatria entendera ter achado a cura para as doenças mentais (choque insulínico, choque cardiazólico, eletroconvulsoterapia e lobotomias), tornara-se mais forte e poderosa, ficando o asilamento mais frequente (Costa, 1989).

Nas décadas de 1930 e 1940, há, portanto, um fortalecimento do processo de psiquiatrização por meio da instrumentalização de técnicas de choques, medicalização da doença

mental, modernização dos hospitais psiquiátricos que passam a contar com equipados centros cirúrgicos para as promissoras lobotomias (Costa, 1989).

Vale ressaltar que o furor farmacológico dos psiquiatras muito estava relacionado à propaganda industrial, aos mecanismos de repressão e violência, ou, no caso dos manicômios, ao objetivo de tornar a internação mais tolerável e os enfermos mais dóceis (Birman, 2008).

No entanto, o Brasil também vivenciou, nas décadas de 1950 e 1960, um novo modelo de atendimento em Saúde Mental praticado tanto na Casa das Palmeiras, no Rio de Janeiro, quanto no Engenho de Dentro, no Centro Psiquiátrico D. Pedro II, no qual, sob o comando da Dra. Nise da Silveira, passaram a fazer parte do plano terapêutico as oficinas terapêuticas de bordado, ateliês de desenho e pintura (Figueiredo, 2008).

Ao fim da segunda guerra mundial, surgiram outras experiências voltadas à reforma da Psiquiatria, as quais não alcançaram muito êxito e não se constituíram oficialmente por conta da sua marginalidade e da falta de apoio do Estado. Dentre essas práticas estavam as comunidades terapêuticas, a psicoterapia institucional, a psiquiatria de setor, a psiquiatria preventiva e comunitária, a antipsiquiatria e a psiquiatria democrática (Amarante, 2008).

A falta de apoio do Estado a outras práticas de reformular o cuidado em Saúde Mental estava associada à oposição exercida pelo setor privado em saúde, empresários da indústria farmacêutica e dos hospitais psiquiátricos, que por motivos financeiros defendiam a permanência da psiquiatrização, pois a doença mental era entendida enquanto uma mercadoria, associada ao lucro (Costa, 1989). O setor privado passou a dominar a saúde e aconteceu a privatização da Psiquiatria, processo que já vinha se instaurando desde a década de 1940 e fortalecido ainda mais na década de 1960 com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), no qual serviços psiquiátricos começaram a ser vendidos ao Estado pelo setor privado (Costa, 1989).

Nesse contexto de total privatização na Psiquiatria, que se reflete na organização dos serviços em Saúde Mental, destaca-se a existência de tendências de descentralização, municipalização das ações de saúde, participação de setores representativos da sociedade na formulação e gestão do sistema de saúde. Destaca Amarante (2005)

Naquele momento já existiam alguns organismos oficiais que defendiam propostas inovadoras, que buscavam uma alternativa não manicomial, como é o caso da psiquiatria preventiva e comunitária, das comunidades terapêuticas e de atenção primária, no entanto, tais propostas encontravam dificuldades, pois não tinham consolidado a proposta de superação dos asilos ou também devido aos interesses de empresários da doença mental (p. 45).

Na década de 1960, o cenário brasileiro foi marcado por várias transformações, dentre as quais merecem destaque os avanços da população no tocante a sua visão política e social. O exemplo mais contundente dessas transformações e conquistas foi a perda de poder das elites, que deixaram de exercer o controle da saúde da população brasileira.



No entanto, foi na década de 1970, a partir dos movimentos populares, os quais lutaram em defesa da saúde enquanto direito e cidadania, que o novo conceito de educação no Brasil ganhou força. A sociedade civil entrou em cena e começou a questionar e lutar pelo direito à saúde (Sader, 1988). Nesse momento, houve uma ampliação do conceito de saúde pautado na integralidade, ou seja, na superação da dicotomia promoção e prevenção e ações curativas. Emergiu aí o movimento sanitário, que preconizava a atenção em vez da assistência, buscava a integração entre prevenção e cura e o entendimento da processualidade saúde-doença (Ceccim, 2005).

Na mesma década de 1970, o movimento por ações de saúde ocorrido em São Paulo foi protagonizado por três atores: o grupo de mulheres, a Igreja Católica e os médicos sanitaristas. O grupo de mulheres saiu de casa e adquiriu visibilidade pública ao se reunir para discutir questões de saúde, e encontrou na Igreja a noção de seus direitos e nos médicos sanitaristas a noção dos mecanismos de pressão contra as autoridades públicas (Sader, 1988). Esse movimento é exemplo da construção de uma educação popular em saúde. A educação popular traz a mobilização social pelos direitos à saúde, a problematização da realidade, a crítica social e o encontro entre a cultura popular e o saber científico como estratégias.

O movimento sanitarista brasileiro estava voltado para formulação e projeção das reformas do setor de saúde e foi considerado o protagonista da Reforma Sanitária Brasileira, que nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços, e levou à criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Feurwerker, 2006).

Instituído pela Constituição Brasileira em 1988, o SUS fundamenta-se nos princípios da universalidade, integralidade e participação social, e parte da concepção de que saúde é um direito. Tal perspectiva, fruto do Movimento pela Reforma Sanitária, passa a orientar sua estruturação e normatização.

Por ocasião do balanço dos 20 anos do SUS foram destacados os seguintes avanços: ampliação do acesso aos cuidados de saúde, alcance de cobertura universal para a vacinação e a assistência pré-natal, maior conscientização da população sobre o direito à saúde e investimentos na expansão dos recursos humanos e da tecnologia em saúde. Além disso, foram identificados como desafios ao sistema a implementação de mudanças no modelo de atenção à saúde e a criação de mecanismos para sua sustentabilidade política, econômica, científica e tecnológica (Paim, Travassos, Almeida, Bahia & Macinko, 2012).

Por fim, nesse momento, amplia-se e fortalece-se o debate sobre novas práticas de assistências territoriais, sobre a desconstrução dos conceitos e das práticas psiquiátricas, dá-se início a um novo momento da Saúde Mental no Brasil.

## **Movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil**

O contexto do Movimento Sanitário favoreceu o início de um grande debate no campo da Saúde Mental, denominado Reforma Psiquiátrica, que passa a se concentrar nas questões relacionadas às mudanças do modelo de atenção e gestão nas práticas de saúde, na defesa da saúde coletiva, na equidade na oferta dos serviços e no protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde e processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado. Vale ressaltar que a “ideia central da Reforma Psiquiátrica é construir um centro de gravidade baseado no paciente e em suas possibilidades terapêuticas” (Delgado, 2001, p. 4704) ou “substituir uma psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria sustentada em dispositivos diversificados abertos e de natureza comunitária e territorial” (Tenório, 2002, p. 26).

Nesse contexto, no ano de 1987, com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, surgiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), com afiliados em todos os estados clamando pela desinstitucionalização, o que intensificou o movimento pela Reforma Psiquiátrica. O MTSM extrapola os muros das instituições de saúde ao ser composto não somente por técnicos e administradores, mas por toda a sociedade civil, que é chamada para discutir sobre a loucura, a doença mental, a Psiquiatria e seus manicômios. O protagonismo do MTSM foi fundamental para a Reforma Psiquiátrica, que passa a lutar em busca de uma transformação na assistência social, sustentados nas denúncias ao modelo oficial de cunho privatizante e hospitalocêntrico e na instituição da desospitalização (Ministério da Saúde [MS], 2005a).

A proposta defendida pelo MTSM ganha força no momento em que se distinguiu daquelas surgidas na década de 1960, pois se pautou na crítica ao saber psiquiátrico, delineando a concepção da Reforma Psiquiátrica e não em transformações meramente técnicas. Nesse sentido, a reforma ganha uma inflexão diferente no tocante à crítica ao modelo asilar. O foco não está mais no aperfeiçoamento ou humanização do asilo, mas sim nos pressupostos da Psiquiatria e nos efeitos da normatização e controle empregados por ela (Delgado, 2001).

Os estudos em Saúde Mental se intensificam, novos atores entram na luta e uma emergente produção teórica se estabelece, originando novas e fundamentadas questões para o debate no campo da Saúde Mental. Há uma delimitação mais clara do projeto de transformação da Psiquiatria, o que fortalece o movimento pela reforma, que aponta e alcança maior maturidade teórica e política (Birman, 2008).

Vale ressaltar que o movimento pela Reforma Psiquiátrica ganhou força a partir da Reforma Sanitária, no entanto apresentou particularidades ao se inserir em um contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar, ao contexto da crise do modelo de assistência centrada no hospital psiquiátrico e na luta dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos (Desviat, 1999).

O ano de 1987, portanto, marcou o início efetivo da Reforma Psiquiátrica, da luta pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no país, merecendo destaque o MSTM, que toma frente na luta e passa a denunciar a violência dos manicômios, a mercantilização da loucura e a hegemonia de uma rede privada de assistência. É nesse contexto de denúncia que o MSTM passa a construir coletivamente uma crítica ao saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtorno mental (MS, 2005a).

Cabe destacar que a Reforma Psiquiátrica brasileira se inspirou na experiência italiana da desinstitucionalização como desconstrução, ou seja, na sua crítica radical ao manicômio que pode, segundo Birmam (2008), ser caracterizada pela predominância da crítica epistemológica ao saber médico constituinte da psiquiatria, onde, inclusive, a cidadania ultrapassa o sentido do valor universal para colocar em questão o próprio conceito de doença mental, que determina limites aos direitos dos cidadãos.

Assim, a Reforma Psiquiátrica no Brasil se identificou com a trajetória prático-teórica da tradição desenvolvida por Franco Basaglia, que esteve na década de 1970 no país discutindo a Saúde Mental com integrantes do MSTM. O interesse por Basaglia estava relacionado a aspectos como a repercussão internacional quando da desativação do Hospital de Goriz, a participação no movimento da Psiquiatria Democrática e Rede Alternativa em Psiquiatria, e ainda a promulgação da Lei nº 180, de 1978, conhecida como a Lei Basaglia, que estabeleceu a abolição dos hospitais psiquiátricos na Itália (Amarante, 2008).

Nesse momento, intensifica-se a mobilização social voltada para transformações no campo da Saúde Mental, que adquire uma grande visibilidade e passa a ser discutida em congressos e conferências nacionais, a saber, o II Congresso Internacional do MSTM realizado em Bauru, no Estado de São Paulo, com o lema “Por uma sociedade sem manicômios” e a I Conferência Nacional em Saúde Mental, na cidade do Rio de Janeiro (MS, 2005a). A mobilização social para transformações na Saúde Mental estava fundamentada na construção de uma nova realidade em torno da loucura e da Psiquiatria.

O período que compreendeu os anos de 1987 e 1989 foi marcado por acontecimentos importantes que tiveram repercussão nacional, e reafirmou a necessidade de construção de uma rede de cuidados substitutivos ao hospital psiquiátrico, momento decisivo para a Reforma Psiquiátrica. Surge na cidade de São Paulo o primeiro Centro de Atenção Psicossocial no Brasil, denominado Professor Luiz da Rocha Cerqueira, e o início de um processo de intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos na Casa de Saúde Anchieta, denunciada por maus-tratos e morte de pacientes. O desdobramento desses acontecimentos foi a implantação, em Santos, do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS).

O CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira inicia uma prática de assistência centrada na necessidade de marcar posição terapêutica entre a comunidade e o hospital, ao buscar a

ressocialização das pessoas com transtornos mentais graves por meio da promoção de atividades terapêuticas (Santos, 2009).

Esse contexto demonstrou, em meio a grande repercussão, que a Reforma Psiquiátrica era possível e executável, sendo fortalecida pelo deputado Paulo Delgado, que deu entrada no Congresso Nacional no Projeto de Lei nº3.657/1989, que propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. O referido projeto de Lei inspirou os movimentos sociais que intensificaram as ações para transformações na assistência em Saúde Mental e conseguiram aprovar, na década de 1990, em vários estados brasileiros, as primeiras leis voltadas à substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à Saúde Mental.

No ano de 1990, o cuidado em Saúde Mental recebeu alguns avanços com um contorno mais definido na política de Atenção à Saúde Mental do Ministério da Saúde, que define uma nova política de Saúde Mental e redireciona, paulatinamente, os recursos da assistência psiquiátrica ao modelo substitutivo, baseado em serviços de base comunitária e incentivo à criação de serviços públicos e territorializados (MS, 2005a).

Nessa mesma década, o Brasil, marcado pelo compromisso firmado na Declaração de Caracas e na III Conferência Nacional de Saúde Mental, coloca em vigência as primeiras normas federais, regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, além das primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (MS, 2005a).

No entanto, a grande conquista, reflexo da luta pela Reforma Psiquiátrica brasileira, veio no ano de 2001, com a promulgação da Lei nº10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona a Assistência em Saúde Mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária. É organizado o processo de rede de Atenção à Saúde Mental, que cria, amplia e articula pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas (MS, 2005a).

Esta Lei repassa ao Estado a responsabilidade pelo desenvolvimento da Política de Saúde Mental e a assistência e promoção de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família. O tratamento dos acometidos por transtornos mentais tem como finalidade a reinserção social e as internações só indicadas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes e mediante laudo médico comprobatório (MS, 2001).

Baseado nos artigos da referida Lei, a Política de Saúde Mental busca consolidar um modelo de Atenção à Saúde Mental aberto e de base comunitária, isto é, que garanta a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade, e ofereça cuidados com base nos recursos que a própria comunidade disponibiliza. O modelo é o de uma rede de serviços e equipamentos variados como: CAPS, os Serviços Residenciais

Terapêuticos, os Centros de Convivência e Cultura, os Leitos de Atenção Integral e o Programa de Volta pra Casa (MS, 2005a).

Nesse sentido, a atenção psicossocial é entendida enquanto a grande transformação instituída pela Reforma Psiquiátrica, pois o cuidado em Saúde Mental passa a ser pensado a partir da criação de espaços de constituição de relações sociais, baseados em princípios que possibilitem reinventar a sociedade, inserindo nela os acometidos por transtornos mentais (Yasui, 2006).

Desde os movimentos de desinstitucionalização da Saúde Mental, o campo da Saúde Mental no Brasil vem passando por intensas transformações, como avanços nas políticas públicas, na produção teórica e na assistência dos profissionais, incluindo o próprio vínculo subjetivo dos profissionais com o seu trabalho (Campos, 2005).

Por fim, é fundamental entender a Reforma Psiquiátrica enquanto um processo político e social complexo, composto por diferentes atores e estabelecido em territórios diversos, abrangendo as esferas federal, municipal, estadual, as universidades, os serviços de saúde, os conselhos profissionais, as associações de pessoas com transtornos mentais e seus familiares, os movimentos sociais e os territórios do imaginário social e da opinião pública.

### **Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**

No ano de 2011, o Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) assume a categoria de atenção psicossocial especializada e passa a estar vinculado a uma extensa rede, que inclui tanto a atenção básica quanto emergência e atenção hospitalar.

Para dar conta dessa nova assistência em Saúde Mental, o artigo 1º da Portaria 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, estabelece que os CAPS constituir-se-ão em três modalidades de serviços (CAPS I, CAPS II, CAPS III), definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Na modalidade CAPS II são constituídos dois serviços CAPS i e CAPS ad, o primeiro voltado para crianças e adolescentes e o segundo para usuários de álcool e outras drogas, conforme consta na Tabela 1.

Tabela 1

*Informações sobre a População Atendida, Assistência Prestada e Recursos Humanos nas Três Modalidades de Serviços CAPS (MS, 2002)*

<b>CAPS I</b>	<b>CAPS II</b>	<b>CAPS III</b>	<b>CAPS i II</b>	<b>CAPS ad II</b>
Serviço de atenção psicossocial com	Serviço de atenção psicossocial com	Serviço de atenção psicossocial com	Serviço de atenção psicossocial para	Serviço de atenção psicossocial para

capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20 mil e 70 mil habitantes	capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70 mil e 200 mil habitantes	capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200 mil habitantes	atendimento a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200 mil habitantes	atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas com capacidade para atendimento em municípios com população superior a 70 mil habitantes
--	---	---	--	---

#### Assistência prestada

Atendimento individual, grupal e oficinas terapêuticas	Atendimento individual, grupal e oficinas terapêuticas	Atendimento individual, grupal e oficinas terapêuticas	Atendimento individual, grupal e oficinas terapêuticas	Atendimento individual, grupal e oficinas terapêuticas
Visitas domiciliares	Visitas domiciliares	Visitas domiciliares	Visitas domiciliares	Visitas domiciliares
Atendimento à família	Atendimento à família	Atendimento à família	Atendimento à família	Atendimento à família
Atividades comunitárias para a integração na comunidade e sua inserção familiar e social	Atividades comunitárias para a integração na comunidade e sua inserção familiar e social	Atividades comunitárias para a integração na comunidade e sua inserção familiar e social	Atividades comunitárias para a integração na comunidade e sua inserção familiar e social	Atividades comunitárias para a integração na comunidade e sua inserção familiar e social
		Acolhimento noturno, nos feriados e finais		Atendimento de desintoxicação

					de semana com no máximo cinco dias de leito para repouso e/ou observação
<b>RH 20</b>	<b>RH 30</b>	<b>RH 40</b>	<b>RH 15</b>	<b>RH 25</b>	
<b>atendimentos/ turno</b>	<b>atendimentos/ turno</b>	<b>atendimentos/ turno</b>	<b>atendimentos/ turno</b>	<b>atendimentos/ turno</b>	
<b>limite 30</b>	<b>limite 45</b>	<b>limite 60</b>	<b>limite 25</b>	<b>limite 45</b>	
<b>pacientes/dia</b>	<b>pacientes/dia</b>	<b>pacientes/dia</b>	<b>pacientes/dia</b>	<b>pacientes/dia</b>	
Um médico com formação em Saúde Mental Um enfermeiro Três profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional ou pedagogo) Quatro profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão	Um médico psiquiatra Um enfermeiro com formação em Saúde Mental Quatro profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional ou pedagogo) Seis profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão	Dois médicos psiquiatras Um enfermeiro com formação em Saúde Mental Cinco profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional ou pedagogo) Oito profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão	Um médico psiquiatra ou neurologista ou pediatra com formação em Saúde Mental Um enfermeiro Quatro profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional ou pedagogo) Cinco profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão	Um médico psiquiatra Um enfermeiro com formação em Saúde Mental Quatro profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional ou pedagogo) Seis profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e	

---

Quatro	artesão
profissionais de	
nível médio:	
técnico e/ou	
auxiliar de	
enfermagem,	
técnico	
administrativo,	
técnico	
educacional e	
artesão	

---

O CAPS surge como protagonista do serviço substitutivo em Saúde Mental, principal estratégia da Reforma Psiquiátrica, sendo instituição criada para prestar atenção psicossocial baseada no acolhimento dos sujeitos em sofrimento psíquico e transtorno mental, buscando a substituição da lógica manicomial como meio de sustentação teórica para o cuidado em Saúde Mental e do modo asilar como prática dominante (Oliveira, 2009).

Na Tabela 1 pode-se verificar que entre as modalidades de CAPS há uma semelhança muito grande quanto à forma de atendimento prestado ao usuário, sendo todas sustentadas na reinserção social das pessoas acometidas por transtornos mentais. Somente o CAPS III apresenta um diferencial de acolhimento noturno, serviço não disponibilizado nos CAPS I e II. Vale ressaltar que o modelo de assistência em Saúde Mental empregado em todas as modalidades de CAPS se baseia nos serviços comunitários, apoiados por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras práticas de atenção comunitária (ex.: internação domiciliar, inserção comunitária de serviços), de acordo com as necessidades da população-alvo.

O CAPS enquanto serviço substitutivo institui a flexibilidade das estruturas e oferece acolhimento dos sujeitos que estão em crise, bem como de familiares e outros, por meio da construção de uma rede de relações entre a equipe, pessoas atendidas, familiares e comunidade. O trabalho terapêutico instituído no CAPS está voltado ao enriquecimento da existência dos sujeitos e ao desenvolvimento de suas habilidades para atuar com os diversos recursos da comunidade e criar interface com os diversos setores sociais. O CAPS também fica responsável em auxiliar a reinserção social dos sujeitos internados por anos nos hospitais psiquiátricos ou aqueles que estão em vulnerabilidade social por meio do desenvolvimento de autonomia e independência (Amarante, 2008).

No CAPS é realizado 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. Essa nova forma de cuidado em Saúde Mental é desenvolvida por meio de atividades como atendimento individual, atendimentos em grupos, oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. O serviço também oferece condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial de pacientes que necessitam desse tipo de cuidados e que não demandam atenção clínica hospitalar.

Para dar conta da atenção psicossocial nos moldes preconizados pela Reforma Psiquiátrica, o CAPS conta com uma equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, entre outros), cujas atividades ultrapassam a área específica de atuação, exigindo certa polivalência do profissional para atender às diversas demandas, em especial, advindas de uma clientela singular, formada, em sua maior parte, pela população de cidadãos periféricos, que sofrem pela falta de emprego, de moradia, de inclusão social, de família, de limites, de vínculos afetivos, de educação, de símbolos, de sentidos para a vida (Santos, 2009). A Reforma Psiquiátrica brasileira apresentou, portanto, importantes avanços para o cuidado em Saúde Mental, sendo o CAPS, o grande protagonista dessa transição do modelo manicomial ao atendimento psicossocial. No entanto, ainda há muitos desafios a serem enfrentados, tanto no âmbito das políticas públicas quanto nas práticas de cuidado desenvolvidas no serviço.

Para auxiliar na construção da prática de atendimento psicossocial dos CAPS nos moldes da Reforma Psiquiátrica apresentada até aqui e entendendo a premência e inovação do serviço em Saúde Mental, o Ministério da Saúde vem investindo em ações voltadas à educação permanente dos profissionais da área de saúde.

Se consideradas as especificidades do público atendido em cada uma das modalidades de CAPS, o CAPS ad, voltado ao atendimento de pessoas em situação de vulnerabilidade por consequência do uso abusivo de álcool, crack e outras drogas, associado ou não a transtornos mentais, imprime ao cotidiano de trabalho situações que podem impactar fortemente na saúde mental dos profissionais do serviço.

Por fim, o crescimento do segmento populacional atendido no CAPS ad, reflexo da estrutura social vigente, exige um olhar diferenciado aos usuários e a ampliação da Rede do CAPS ad. Na tentativa de melhor acolher esta demanda, que inclusive vem sendo debatida nacionalmente, torna-se fundamental investir na formação dos profissionais de saúde que atuam no referido serviço.

## **Formação e Qualificação**

### **Educação permanente em saúde.**

O cuidado com a qualificação profissional sempre foi alvo de investimentos no setor de Saúde, que passa a ser intensificado no Brasil nas décadas de 1970 e 1980 devido à expansão da cobertura de serviços em saúde e pelas discussões referentes à ampliação dos serviços básicos em saúde. Nesse momento, os relatórios das 6ª e 7ª Conferências Nacionais chamam a atenção para a

formação dos profissionais de saúde e apontam a necessidade de promover educação para os profissionais já inseridos nos serviços de saúde no sentido de implementar os programas de atenção em expansão. Assim, nas décadas de 1970 e 1980, no Brasil, práticas de Educação Continuada passam a ser direcionadas aos profissionais dos serviços de saúde, sendo entendidas enquanto ações educativas de compensação e atualização de saberes, que possibilitam ao adulto a participação ativa, acompanhamento e controle das mudanças de uma sociedade em transformação (Organización Panamericana de la Salud [OPAS], 1978).

No Brasil, a educação continuada é desenvolvida a partir de alternativas educativas com foco no desenvolvimento de grupos profissionais por meio de cursos complementares, ou ainda pode ser definida como atividades de ensino realizadas após a graduação com o objetivo de atualizar os profissionais por meio da aquisição de novas informações em atividades de duração definidas que utilizam metodologias tradicionais (Motta, 1998; Nunes, 2004). Por tempos, vigorou no campo da educação em saúde a pedagogia tradicional, na qual há uma dicotomia entre assistência e prevenção e uma relação profissional de saúde e paciente pautada pela autoridade e normalização do corpo (Alves, 2005).

Ribeiro e Motta (1996) questionam a eficácia da Educação Continuada e sua real capacidade de modificar os processos e relações de trabalho dos profissionais ao afirmarem que Os profissionais são elevados ao paraíso do “como deveria ser”, tradução da verdade do conhecimento científico acumulado e atualizado, aplicável numa espécie de representação universal e única, de pacientes e serviços. Quando retornam aos serviços, entretanto, se vêm confrontados em suas realidades cotidianas com a impossibilidade de aplicação do conhecimento adquirido. Na prática, a teoria é outra (Ribeiro & Motta, 1996, p. 4).

Mesmo em meio a críticas, o modelo de educação continuada supracitado prevaleceu durante muito tempo e fundamentou ações educativas destinadas aos profissionais de saúde. Porém, ao fim década de 1980, o referido modelo se mostrou insuficiente para atender às demandas impostas pelo avanço na implementação do SUS, que sinalizava a necessidade de revisão dos processos formativos em saúde, de forma que atendessem às diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (P. P. Costa, 2006; Motta, Buss, & Nunes, 2001).

No entanto, mediante as particularidades do SUS, que se coloca enquanto uma proposta inovadora de transformação e organização dos serviços de saúde brasileiros, e de críticas ao modelo hegemônico de educação em saúde, emerge a necessidade de se repensar a formação dos profissionais de saúde de forma a atender às diretrizes do SUS.

Nessa perspectiva, em 1985 a OPAS iniciou uma nova proposta de orientação das atividades de educação desenvolvidas para os trabalhadores da saúde na região das Américas, como uma linha de ação prioritária para educação e capacitação dos profissionais de saúde que Privilegia o processo de trabalho como eixo central da aprendizagem e enfatiza a capacidade humana de criar conhecimento novo a partir da discussão e análise conjunta e

participativa dos problemas reais, das suas causas e das implicações que as alternativas de soluções têm na busca das transformações das práticas de saúde, objetivo essencial do ato educativo (Haddad, Roschke, & Davini, 1990, p. 136).

A proposta da educação formulada pela OPAS vem ao encontro da realidade do SUS que para ser implementado necessita repensar as práticas de formação dos profissionais da área de saúde. Assim, fica sob responsabilidade do SUS a competência de ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde, por meio da Constituição Federal de 1988 em seu artigo 200, inciso III. A observação e efetivação das ações são de atribuição do Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), que é formada pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e pelo Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho na Saúde (DEGERTS), os quais viabilizam a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e aos quais compete a organização dos serviços de saúde, o desenvolvimento de estratégias para questões de formação e desenvolvimento em saúde e o cuidado na garantia e zelo pelos vínculos trabalhistas e desprecuarização dos processos (MS, 1988).

Portanto, os fundamentos do modelo de educação permanente passam a subsidiar a formação dos profissionais dos serviços de saúde brasileiros, e as ações educativas começam a ser pensadas a partir da dignidade da pessoa e seu direito democrático de dar e receber aprendizagens segundo as necessidades individuais e sociais, dentro de um processo concebido sem término temporal, sem restrição social e exclusão de conteúdos, ou seja, em todas as etapas da vida, ao alcance de todos os homens, e incorporando a realidade social, fonte de aprendizagem para todos (OPAS, 1978). Nesse sentido, a Educação Permanente em Saúde trata de um processo mais amplo de formação do sujeito, diferente da educação continuada, cuja dimensão trabalhada diz respeito exclusivamente à atualização de saberes requerida pelos avanços técnico-científicos. A Tabela 2 ilustra as principais diferenças entre Educação Continuada e Educação Permanente.

Tabela 2

*Diferenças entre Educação Continuada e Educação Permanente (Merhy, Feurwerker, & Ceccim, 2006)*

<b>Referência analítica</b>	<b>Educação Continuada</b>	<b>Educação Permanente</b>
Pressuposto Pedagógico	O conhecimento define as práticas. A aprendizagem é proposta como transmissão de conteúdos, centrados no conhecimento	As práticas são definidas por múltiplos fatores (conhecimentos, valores, relações de poder, organização do trabalho etc.) A aprendizagem requer que se

		trabalhe com elementos que produzam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa), assim como que possibilite criar novos sentidos (criar e recriar relações), centrado nas relações
Objetivo principal	Atualização de conhecimentos específicos	Transformação das práticas
Público	Profissionais específicos de acordo com os conhecimentos a trabalhar	Equipes de atenção e/ou gestão em qualquer esfera do sistema: docentes, estudantes, usuários
Planejamento/ Programação educativa	Descendente. A partir de uma leitura geral dos problemas, identificam-se temas e conteúdos para trabalhar com os profissionais, geralmente no formato de cursos.	Ascendente. A partir da análise coletiva dos processos de trabalho identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) a serem enfrentados na atenção e/ou gestão, na formação e na educação popular. Possibilita a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade de lugares e pessoas
Atividades didático- pedagógicas	Cursos padronizados, carga horária, conteúdo e dinâmicas definidas centralmente. As atividades educativas são construídas de modo desarticulado em relação à gestão, à organização do sistema e ao controle social. A atividade educativa é pontual, fragmentada e se esgota em si mesma	Muitos problemas são resolvidos ou enfrentados na situação. Quando são necessárias, as atividades educativas são construídas de modo ascendente, levando em conta as necessidades específicas de profissionais e equipes. As atividades educativas são construídas de modo articulado com medidas para reorganizar o sistema

---

		(atenção – gestão – formação – controle social articulados), que implicam acompanhamento e apoio técnico
Repercussões educativas	Acumulação cognitiva; erudição; racionalidade instrumental na condução de processos e métodos	Constituição de equipes para apoio técnico em temáticas específicas minoritárias; instituição de processos de assessoria técnica para formulação de políticas específicas; desenvolvimento de habilidades assistências; desenvolvimento de capacidades pedagógicas; racionalidade ético-estético- política na condução de processos e métodos

---

A Educação Permanente em Saúde considera a autonomia dos entes federados, e objetiva aumentar a capacidade pedagógica regional para a intervenção na área da saúde por meio da difusão e emprego da Educação Permanente em Saúde como orientador das práticas de educação na saúde, visando à melhoria da qualidade dos serviços (MS, 2009). Para o Ministério da Saúde, a Educação Permanente em Saúde “parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais na rede de serviços” (MS, 2009, p. 43).

Essa perspectiva de formação em saúde é entendida enquanto um conceito pedagógico voltado à efetivação de relações orgânicas entre ensino, ações e serviços e entre docência e atenção à saúde. É a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho (MS, 2007a; MS, 2004).

Vale ressaltar que mudanças na prática desenvolvida pelos trabalhadores no serviço só poderiam ser possíveis diante da percepção de que as práticas hegemônicas não são suficientes para dar conta dos desafios do trabalho em saúde, uma vez que a sensação de incômodo deve ser vivida pelo sujeito, já que não pode ser reproduzida da mesma forma como se apresenta. O aprendizado significativo se dá quando ocorre o diálogo dos saberes com a experiência prévia que os sujeitos trazem consigo (Merhy et al., 2006).

A educação em saúde não visa à transmissão do conhecimento, mas estimula a interação, cuja consequência é a influência de um sujeito sobre o outro, entre os contextos culturais, criando contextos educacionais (Ceccim, 2005). Nesse sentido, faz-se fundamental a instituição de ambientes democráticos com estruturas e mecanismos institucionais que possibilitem o surgimento, desenvolvimento e manutenção de espaços intraequipes, em que se inclui a supervisão clínico-institucional como um dos espaços que permite o florescimento de práticas fundadas na cooperação entre os saberes (Silva, Beck, Figueiredo, & Prestes, 2012).

Nos processos formativos em saúde, a supervisão clínico-institucional tem merecido destaque por ser considerada como uma forma de sustentação à proposta de uma gestão partilhada da clínica, capaz de auxiliar os profissionais na lida com os impasses institucionais frequentes no cotidiano do trabalho coletivo, na definição do espaço de cada trabalhador na equipe, mantendo a especificidade de seu ofício, mas quebrando a rigidez das especialidades, na pactuação das responsabilidades pelo saber clínico mais do que pelos saberes em jogo e na criação de possibilidade de construção coletiva dos casos que podem ser resultado desse dispositivo, permitindo avançar no trabalho em equipe e reduzir conflitos que possam comprometer seu funcionamento (Figueiredo, 2008).

Assim, quando se pensa em formação em saúde, é fundamental considerar duas questões que são interligadas por sua dificuldade de transmissão por disciplinas teóricas (Ribeiro & Motta, 1996):

- a) a imaterialidade do trabalho em saúde, que se caracteriza pelas incertezas decorrentes da indeterminação das demandas, pela descontinuidade e pela disponibilidade para atender a todos os casos, inclusive aqueles excepcionais, e
- b) a atitude reflexiva e crítica diante da sociedade, compaixão frente ao sofrimento humano, sensibilidade e respeito às manifestações subjetivas e engajamento em movimentos sociais (p. 12).

O SUS surgiu como uma proposta inovadora de transformação e organização dos serviços de saúde brasileiros. O modelo de assistência, antes pautado em uma atuação curativa, reabilitadora e hospitalocêntrica, deu lugar a um modelo assistencial promotor da saúde, preventivo e interdisciplinar, com ações voltadas para acompanhamento, cuidado e tratamento da saúde coletiva e individual da população, pautadas na universalidade e integralidade do ser humano e em práticas de saúde humanizadas (Carvalho & Ceccim, 2006; Ceccim, 2007). Dessa forma, faz-se necessário formar profissionais que atendam ao novo modelo de atenção à saúde.

Vale ressaltar que, na esteira das propostas assistenciais do SUS, luta-se por um conceito ampliado de saúde como princípio educativo, ancorado na intersecção dos saberes das ciências sociais, da saúde e dos saberes populares, contribuindo para o debate da cidadania e o exercício do direito universal à saúde (Alves, 2005). Com base nisso, passa a predominar a perspectiva de que qualquer processo de capacitação de pessoas se desenvolve sob a influência de condições

institucionais, políticas, ideológicas e culturais, as quais são inevitáveis de se conhecer para evitar simplificações, ou seja, reduzir o problema de educação de pessoas para a simples aplicação de métodos e técnicas pedagógicas, que desconsideram o contexto de realização. É necessário entender a educação enquanto parte substancial de transformações institucionais (Davini, 2009). Assim, as atividades educativas em saúde devem ser problematizadas a partir dos processos de trabalho, levando em consideração e valorizando o saber e a experiência prévia dos sujeitos envolvidos (paciente, usuários de serviços e sistemas e profissional de saúde), tendo como objetivo maior a transformação das práticas de saúde e, conseqüentemente, do cotidiano dos serviços (MS, 2009).

Quando referida ao trabalho em saúde, tem sido enfatizada a necessidade de a educação contribuir para que não se limite a transferência de recursos cognitivos e tecnológicos, e passe a significar investimento no educar político dos profissionais, na sua conscientização sobre políticas públicas e o SUS, a fim de torná-los atuantes do setor da saúde na execução de um projeto tecnoassistencial de saúde (Ceccim & Ferla, 2008). Nesse sentido, o conceito de Educação Permanente em Saúde, que fundamenta a PNEPS, diferente do modelo de capacitação tradicional baseado em treinamento de habilidades e atitudes, busca congrega, articular e colocar em roda/rede diferentes atores, colocando-os em situação de protagonismo na condução dos seus locais de serviço (Ceccim, 2005; Moraes, 2012).

O processo de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, na lógica da Educação Permanente em Saúde, envolve aspectos relacionados à subjetividade, às habilidades técnicas e de conhecimento do SUS, e entende que o grande objetivo é a transformação das práticas regionais e da organização dos serviços e que esses sejam pensados e recompostos a partir da problematização da atuação e da gestão setorial em saúde (MS, 2004).

Assim, o modelo de Educação Permanente em Saúde proposto pelo MS é construído a partir do diálogo e interação entre os serviços de saúde e as instituições formadoras, devendo ser entendido como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e a educação em saúde, destacando-se que

A negociação entre serviços de saúde e instituições formadoras não admite a organização de um menu de cursos ou pacotes programáticos pontuais, mas sim, possibilita aos gestores o ordenamento da formação e do desenvolvimento permanente dos trabalhadores da saúde. O que se pretende é escutar os profissionais do serviço para que se possa debater e implementar a melhor e mais adequada ação, definindo conteúdo, forma e metodologia e responsáveis, garantindo maior impacto de ação (MS, 2005a, p. 23).

Nessa perspectiva, entende-se que as diretrizes das ações em Educação Permanente em Saúde se constroem no cotidiano de trabalho a partir da prática das equipes que atendem no serviço, ou seja, as demandas de capacitação emergem de dentro do serviço, e não da imaginação de gestores e treinadores. As demandas são provenientes dos problemas que acontecem no

cotidiano de trabalho e as ações de formação e seu desenvolvimento devem ser realizadas de forma descentralizada, ascendente e transdisciplinar (MS, 2004).

Por fim, o desafio que se coloca aos formadores em Educação Permanente em Saúde é articular as esferas trabalho, educação e saúde na formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde, de forma a contribuir para a qualificação em um perfil profissional que possibilite o alcance da premissa constitucional de que saúde é direito de todos e dever do Estado, tendo como base os princípios de universalidade, equidade e integridade (Pereira & Lima, 2009).

### **A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).**

A política de formação e desenvolvimento profissional dos trabalhadores da área da saúde no Brasil é denominada Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Quando se fala em política pública, vale destacar o conceito proposto por Luz (1991):

Conjunto de formas de intervenção concretas na sociedade que o Estado aciona para equacionar o problema das condições sociais de existência de grandes camadas populacionais; daquelas que dependem, para a sua sobrevivência apenas de sua capacidade de trabalhar. Em termos mais claros: a maneira como o Estado conduz o problema das condições de vida das classes trabalhadoras (p. 86).

A PNEPS foi instituída pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Na referida Portaria é descrito que a PNEPS, como estratégia do SUS para formação e desenvolvimento dos trabalhadores para o setor de saúde, estabelece que a sua condução locorregional da formação em saúde será efetivada mediante um Colegiado de Gestão configurado como Polo de Educação Permanente em Saúde para o SUS, que são formados por um conjunto de atores/instituições sociais relacionados à formação e desenvolvimento na saúde, tais como: gestores estaduais e municipais de saúde, centros formadores, núcleo de saúde coletiva, hospital de ensino, estudantes e trabalhadores de saúde, conselhos municipais e estaduais de saúde e movimentos sociais ligados às políticas públicas de saúde. Os Polos têm como funções:

- a) identificar necessidades de formação e desenvolvimento em saúde e criar estratégias de ação educacional;
- b) mobilizar a formação de gestores de sistemas, ações e serviços para integração da rede de atenção;
- c) propor políticas e estabelecer negociações interinstitucionais e intersetoriais;
- d) articular e estimular transformações das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e nas instituições de ensino (MS, 2004, p.18).

De acordo com a referida Portaria, cada polo seria referência e responsabilizar-se-ia por um território, que a ele se vincularia para apresentar necessidades de formação e desenvolvimento. Nos estados que dispusessem de vários polos, caberia à Secretaria de Saúde reunir periodicamente



os seus integrantes para estimular a cooperação, a não fragmentação das propostas e a compatibilização das iniciativas com a Política Nacional e Estadual de Saúde.

Com a implementação da Política, o Ministério da Saúde esperava instituir e estreitar relações orgânicas e permanentes entre as estruturas de gestão de saúde (práticas gerenciais e organização da rede), as instituições de ensino (responsáveis por programas de formação), os órgãos de controle social em saúde (movimentos sociais e educação popular) e as ações e serviços de atenção à saúde (profissionais e suas práticas). Assim, buscava-se romper com a lógica tradicional de compras de produtos e pagamento por procedimentos educacionais, comprometer os gestores com a formação e estabelecer o compromisso dos formadores e a produção e disseminação do conhecimento. Portanto, para atender à definição e objetivos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde já não seria suficiente a oferta de cursos e/ou projetos isolados, passando a ser necessário o envolvimento permanente dos trabalhadores com os processos educacionais em saúde (MS, 2005a).

Do ponto de vista financeiro, compete ao Ministério da Saúde o repasse do recurso orçamentário para o investimento na Educação Permanente em Saúde. A primeira distribuição de recursos federais para os projetos dos Polos de Educação Permanente em Saúde foi realizada no ano de 2003. No caso do Distrito Federal o recurso foi destinado à própria criação dos referidos Polos, cujos projetos apresentados foram submetidos à apreciação do Ministério da Saúde, que se responsabilizou em oferecer acompanhamento e assessoramento para sua correta efetivação.

Os recursos orçamentários nesse primeiro repasse estiveram destinados à saúde da família, conselheiros de saúde, às melhorias na instalação de instituições de ensino superior e técnica em gestão, unidades básicas de saúde e cursos na área de saúde. Vale ressaltar, que nesse momento não houve nenhuma verba destinada diretamente aos serviços de Saúde Mental.

No que diz respeito ao controle e monitoramento das ações no tocante à implementação dos Polos de Educação Permanente em Saúde, compete à SGTES do Ministério da Saúde a responsabilidade de constituição de uma Comissão Nacional de Acompanhamento da Política de Educação Permanente do SUS, cujo papel fundamental deveria ser a pactuação em torno das diretrizes políticas gerais e a formulação de critérios para acompanhamento e a ressignificação de projetos existentes, bem como para a análise dos novos projetos.

No ano de 2007, dando sequência à instituição da PNEPS, e no intuito de assegurar a organização e execução das ações de Educação Permanente dos Trabalhadores para o SUS, o MS instituiu a Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que permaneceu sob o comando da SGTES. O Ministério da Saúde elaborou algumas orientações e diretrizes para os gestores de saúde sobre os caminhos a serem percorridos. Assim, as ações estratégicas em Educação Permanente em Saúde passaram a ser pensadas a partir da referida Portaria (MS, 2007b). As orientações continuaram pautando-se na valorização do conhecimento e experiência dos

trabalhadores, na análise e problematização dos processos de trabalho e na busca pela transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

O diferencial da Portaria nº 1996/2007 foi dispor sobre diretrizes para implementação, sendo a grande mudança a substituição dos Polos por Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES). No tocante à definição de Educação Permanente em Saúde não houve nenhuma diferenciação da Portaria que a instituiu, ou seja, Educação Permanente em Saúde entendida como “aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e da organização. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm” (MS, 2009, p. 20).

No artigo 1º da referida Portaria são definidas novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto para a Saúde, que em seu parágrafo único descreve:

A política Nacional de Educação Permanente em saúde deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação em saúde (MS, 2007b).

Nessa mesma Portaria são explicitadas mais detalhadamente as atribuições dos envolvidos na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, buscando precisar o papel dos Colegiados de Gestão Regional, das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), das Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) e do Conselho Estadual de Saúde, os quais são explicitados na sequência devido à sua relevância na efetivação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

O Colegiado de Gestão Regional é formado pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de determinada região de saúde e por representantes dos gestores estaduais, sendo responsável pela condução da Educação Permanente em Saúde. De acordo com a Portaria, cabe ao Colegiado a elaboração de um Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS), coerente com os planos de saúde estadual e municipal da referida região, no que tange à educação na saúde. Também fica sob responsabilidade do Colegiado estruturar as CIES, que são responsáveis em apoiar os gestores do Colegiado de Gestão Regional na elaboração do referido plano mediante discussão sobre Educação Permanente em Saúde focada no desenvolvimento de uma educação em serviço, conforme consta no artigo 3º da Portaria GM/MS nº 1.996/2007, que aponta que

O Colegiado de Gestão Regional deve instituir processo de planejamento regional para a Educação Permanente em Saúde, que defina as prioridades, as responsabilidades de cada ente e o apoio para o processo de planejamento local, conforme as responsabilidades assumidas nos Termos de compromissos e os planos de saúde entes federados participantes (Ministério da Saúde, 2007b).

No artigo 4º dessa Portaria são sinalizadas as atribuições do Colegiado de Gestão Regional, que consiste em construir coletivamente o PAREPS e outras ações como:

- a) submeter o plano para homologação da comissão Intergestores Bipartite;
- b) organizar a gestão dos recursos financeiros no âmbito regional;
- c) incentivar e promover a participação nas Comissões de Integração Ensino-Serviço, dos gestores, dos serviços de saúde, das instituições que atuam na área de formação e desenvolvimento de pessoal para o setor de saúde, dos trabalhadores da saúde, dos movimentos sociais e dos conselhos de saúde;
- d) acompanhar, monitorar e avaliar as ações estratégicas de educação em saúde implementadas na região e avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das comissões de integração Ensino-Serviço, propondo alterações de acordo com a necessidade (MS, 2007b, p. 9).

No PAREPS são apresentadas, entre outros aspectos, a necessária identificação da relação de problemas e necessidades de Educação Permanente em Saúde por meio da análise da formação e desenvolvimento dos trabalhadores, priorizando um ou mais problemas; a elaboração de ações de curto, médio e longo prazo para enfrentamento das necessidades identificadas; e a formulação de propostas com metodologias de execução, avaliação e monitoramento. Posteriormente, tais propostas são submetidas ao Colegiado para aprovação/reprovação.

Para garantir a integridade e legalidade do PAREPS, todos os municípios e Colegiados de Gestão Regional devem ter, obrigatoriamente, uma CIES, que tem como atribuições: colaborar com a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde; incentivar a adesão de instituições de formação e desenvolvimento dos trabalhadores, à luz dos conceitos e princípios da Educação Permanente em Saúde, da legislação vigente e do Plano regional; contribuir com acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações em Educação Permanente em Saúde e participar das discussões com gestores.

As CIES, a partir do PAREPS, têm a atribuição de pensar estratégias e metodologias de execução e trabalhar na indução de mudanças e articulação do trabalho entre as várias gestões e instituições formadoras.

Também no âmbito da Educação Permanente em Saúde, merecem destaque as CIBs, cujas atribuições dizem respeito à elaboração e pactuação do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde, definição do número e abrangência das Comissões de Integração Ensino-serviço, pactuação dos critérios para distribuição, alocação e o fluxo dos recursos financeiros no âmbito estadual, homologação dos Planos de Educação Permanente em Saúde, acompanhamento e avaliação dos Termos de Compromisso de Gestão estadual e municipal e avaliação periódica da composição, a dimensão e o trabalho das Comissões de Integração Ensino-Serviço.

Já ao Conselho Estadual de Saúde compete a fiscalização e o monitoramento da implementação das Políticas Nacionais, o qual é responsável por definir as diretrizes da Política

Estadual e do Distrito Federal de Educação Permanente em Saúde; aprovar a Política e o Plano de Educação Permanente em Saúde Estadual e do Distrito Federal; e acompanhar e avaliar a execução do Plano de Educação Permanente em Saúde Estadual e do Distrito Federal.

Ainda na perspectiva do monitoramento e controle, à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) coube propor indicadores para o acompanhamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde dentro do Processo de Pactuação Unificada de indicadores, que serão integrados aos indicadores do Pacto pela Saúde. O acompanhamento das responsabilidades acontece por meio de Termo de Compromisso de Gestão, sendo que as Secretarias dos Estados e do Distrito Federal e dos municípios devem manter à disposição da SGTES e dos órgãos de fiscalização e controle todas as informações relativas à execução das atividades de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Nessa perspectiva está a responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de planejar a formação e a educação permanente de trabalhadores em saúde necessários ao SUS no seu âmbito de gestão, contando com a colaboração das Comissões de Integração Ensino-serviço. Ao Ministério da Saúde compete:

- a) Estimular, acompanhar e regular a utilização dos serviços de saúde no seu âmbito de gestão para as atividades curriculares e extracurriculares dos cursos técnicos, de graduação e pós-graduação na saúde;
- b) Articular, junto às instituições de Ensino Técnico e Universitário, mudanças em seus cursos técnicos, de graduação e pós-graduação de acordo com as necessidades do SUS, estimulando uma postura de corresponsabilidade sanitária (MS, 2009, p. 29).

A gestão dos recursos financeiros coube ao Colegiado de Gestão Regional, bem como assegurar alocados para uma região de saúde por meio de estratégias de incentivo e observação e para efetivação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nos moldes descritos ao longo do capítulo. O Governo Federal repassa aos Estados e Municípios recurso orçamentário que respeita três critérios preestabelecidos:

- 1) Política de Gestão do SUS – alteração do desenho técnico-assistencial em saúde, que exige um investimento na qualificação e desenvolvimento dos profissionais de saúde (Saúde da família; Saúde bucal e CAPS);
- 2) Público-alvo e População – número de profissionais de saúde que atendem no serviço público e população total do Estado;
- 3) Iniquidades Regionais – índice de desenvolvimento humano (IDH) e capacidade docente universitária e técnica instalada (MS, 2009, p. 33)

Ao primeiro critério são destinados 30% dos recursos federais voltados à Educação Permanente em Saúde, os quais estão distribuídos igualmente para a cobertura das equipes de Saúde da Família (10%), das equipes de Saúde Bucal (10%) e dos CAPS – 1 CAPS/100.000 habitantes (10%).

Portanto, na Portaria nº 1996/2007 há um olhar diferenciado aos serviços de Saúde Mental por se constituir em um novo serviço de atendimento relacionado à política de gestão do SUS. Assim, os Centros de Atenção Psicossocial atendem ao primeiro critério e passam a receber 10% do orçamento geral da Educação Permanente em Saúde do Governo Federal.

Ainda no tocante ao financiamento, é pertinente destacar que, no ano de 2005, a Portaria nº 1.174/GM destinou incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação do Atendimento e da Gestão dos Centros de Atenção Psicossocial, que inclui as seguintes ações:

- 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 saúde 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 (MS, 2005b)

A supervisão clínico-institucional, segundo pensado pelo Ministério da Saúde, deve ser realizada por um profissional de saúde externo ao CAPS, com conhecimento teórico e prático. O profissional que assume tal função trabalhará junto à equipe do serviço por quatro horas semanais com o objetivo de assessorar, discutir e acompanhar o trabalho desenvolvido pela equipe nos grupos terapêuticos e nos atendimentos individuais do usuário, as questões institucionais e de gestão do CAPS e outras questões relevantes para a qualidade da atenção realizada.

A solicitação de inclusão de um CAPS no Programa de Qualificação do CAPS fica sob responsabilidade do gestor municipal/estadual, que deve encaminhar solicitação ao Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES), Área técnica de Saúde Mental, da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), e para a Secretaria de Saúde correspondente. Na solicitação deve ser indicado nome de um supervisor que preencha os pré-requisitos para ocupar o cargo de supervisor clínico-institucional. Os CAPS com solicitação aprovada receberão o valor de R\$ 10.000 anuais para o pagamento da supervisão clínico-institucional.

Por fim, as portarias apresentadas neste capítulo estabelecem as ações do Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde, para a formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde na perspectiva da aprendizagem no trabalho, bem como os investimentos orçamentários destinados para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e CAPS para qualificação profissional e educação permanente em serviço.

## **Trabalho e Saúde Mental**

O trabalho oportuniza a inserção do sujeito na estrutura social, pois o ato de trabalhar é um processo que origina configurações sociais, culturais, simbólicas e identitárias, que possibilita a centralidade do trabalho, observada na mediação entre o singular e o coletivo, entre a subjetividade e o campo social (Dejours, 2004).

O trabalho, de maneira geral, adquiriu um aspecto central na vida das pessoas. Ele organiza o tempo ocupado e o tempo livre, as relações sociais, as atividades realizadas, o reconhecimento social e muitos outros, em suma, é um dos principais pilares de formação da identidade. O trabalho afeta a subjetividade dos indivíduos, sua personalidade, seu corpo (Antunes, 2002).

### **Estudos na Interface Trabalho e Saúde**

A psicodinâmica do trabalho destaca a relevância do trabalho enquanto estruturante psíquico e sua importância para centralidade do sujeito, pois possibilita a continuidade da construção de sua identidade enquanto ser social, bem como permite a realização de si mesmo, e fortalece sua singularidade. O aparelho psíquico é influenciado pelo trabalho, o qual pode agravar ou contribuir na ressignificação do sofrimento, oportunizando sua transformação em prazer. Dessa forma, o trabalho pode assumir uma influência patogênica ou estruturante na vida dos sujeitos ou favorecer a passagem do sujeito da esfera doméstica à esfera pública. No entanto, essa centralidade no trabalho só é alcançada quando o sujeito consegue expressar sua subjetividade no desenvolvimento de sua atividade, atribuindo sentido ao trabalho (Dejours, 1992; Karam, 2003).

Nessa perspectiva está o atendimento disponibilizado no CAPS, que deve ser aproveitado enquanto um espaço de construção de uma prática reflexiva sobre as atividades e as relações estabelecidas entre os profissionais, já que este trabalho acontece também nas relações sociais e na interface entre singular e coletivo (Glanzner & Olschowsky, 2011).

O ato de trabalhar funciona como ação transformadora para o sujeito, o qual pode “vir a ser” a partir do confronto com a realidade do trabalho. O trabalhador mobiliza sua subjetividade na realização de determinada atividade. Dessa forma, o trabalho assume importância não só econômica, mas também psíquica, já que a partir do trabalho o sujeito pode expressar sua subjetividade na esfera pública. A centralidade é obtida a partir de um trabalho que seja marcado pela liberdade de expressão e por certa autonomia que possibilite que o sujeito crie, inove e transforme o sofrimento vivenciado no trabalho. A investigação das fontes de prazer e sofrimento dos profissionais é fundamental para o entendimento da relação entre Trabalho e Saúde (Karam, 2003, Merlo, 1999).

Vale destacar que o sofrimento faz parte do ato de trabalhar, entendido enquanto uma experiência penosa. A imprevisibilidade do real possibilita ao sujeito o encontro com o fracasso no trabalho, o que só se faz preocupante quando a dinâmica organizacional (regras, leis, normatizações) impede que o sujeito ressignifique o sofrimento vivenciado. Dessa forma, o real do trabalho, apesar de angustiante e sofredor, pode ser transformador quando a organização oferece condições à mobilização subjetiva, ou seja, possibilita que o sujeito use a inteligência prática e a cooperação no cotidiano de trabalho. Nessa perspectiva, destaca-se a importância do trabalho para a subjetividade, uma vez que possibilita a ressignificação do sofrimento (Dejours, 2007, 2004).

No entanto, poucas são as organizações que reconhecem o real do trabalho e buscam transformações gerenciais fundamentadas na experiência prática do trabalhador, em suas sugestões e opiniões acerca da atividade de trabalho. Em sua maioria, ainda permanece a crença na capacidade do prescrito organizacional em solucionar todas as demandas da organização (Mendes, 2007a). Nessa perspectiva, estudo com profissionais que atendem em CAPS aponta que

as teorias e modelos prescritos de atendimento são insuficientes frente às demandas da relação diária dos trabalhadores com o sofrimento e a singularidade desse tipo de atenção. Práticas e conceitos que pareciam sustentar o trabalho em Saúde Mental, a partir da formação acadêmica e de experiências no cotidiano laboral, exigem serem revistas (Silva et al., 2012, p. 315).

Seguir à risca o que é prescrito pela organização gera sofrimento ao sujeito; por outro lado a falta do prescrito, das diretrizes de como trabalhar torna-se angustiante e acarreta desorientação (Dejours, 2005; Dejours, 2004).

A Reforma Psiquiátrica oportunizou a construção de um novo modelo de atenção em Saúde Mental baseado em um atendimento psicossocial, o qual entende que o sofrimento não é um fenômeno individual, mas que ocorre em pessoas que se relacionam, dando uma perspectiva sociocultural, política, biológica e psicológica para as intervenções em saúde. Tal modelo vem sendo experimentado na prática pelos profissionais, que o constroem no dia a dia dos serviços de Saúde Mental, tendo como diretrizes os prescritos delineados pelo Ministério da Saúde (Glanzner & Olschowsky, 2011; Santos, 2009).

No modelo de assistência instituído na Reforma Psiquiátrica, a relação entre profissionais e usuários envolve o sujeito em sua complexidade, o que demanda maior habilidade aos profissionais de saúde, que são responsáveis pela construção de projetos terapêuticos individualizados, que buscam a produção de saúde e um olhar voltado para todas as dimensões do sujeito (Ferrer, 2007).

É nesse aspecto inovador, de construção de uma prática de atendimento, que se insere o trabalho do CAPS, ou seja, é nesse espaço de interlocução, marcado pela integralidade, cidadania e interdisciplinaridade para atender às demandas dos usuários e inventar novos modos de cuidar que estão inseridos os profissionais de Saúde Mental (Glanzner & Olschowsky, 2011). Dentro desse novo modelo de cuidado em Saúde Mental, o CAPS inicia a reconstrução da prática clínica, ou

seja, uma clínica voltada para a atenção psicossocial, voltada para o usuário, o que significa mudanças nas atividades terapêuticas (Silva, 2005).

Esse modelo de assistência em Saúde Mental pregado pressupõe uma atuação mais plural por parte dos profissionais, existindo uma multiplicidade de enfoques que caracterizam esse serviço. Na produção do trabalho no CAPS, a equipe assume um papel fundamental, o qual passa a ser determinante na busca de um modelo que rompa com o paradigma manicomial (Guljor, 2003).

Nesse sentido, a responsabilidade de concretizar a grandiosa proposta da Reforma Psiquiátrica, que propõe a modificação de práticas de saúde até então hegemônicas, recai sobre os profissionais de saúde que compõem a equipe dos CAPS. Tal responsabilidade, aliada às novidades da assistência no serviço e à formação precária, são apontadas como desencadeadoras de sofrimento nos profissionais de Saúde Mental (Vasconcellos & Azevedo, 2010).

As experiências de programas e vivências relacionadas à Saúde Mental do trabalhador como espaços que sejam adequados às discussões e que possibilitem apreender os sentimentos envolvidos nos casos atendidos são destacadas como escassos por profissionais de CAPS de Goiás e do Rio Grande do Sul. Tais profissionais entendem que esses espaços são fundamentais à Saúde Mental, mas apontam a inexistência desse serviço de supervisão, que julgam ser fundamental para a qualidade do atendimento prestado, e reconhecem a importância de cuidar de si para cuidar do outro (Machado, 2006, Silva, 2007).

Vale ressaltar que a transformação dos processos de trabalho se dá a partir do reconhecimento do cuidado de si, o que pode conduzir o profissional a uma construção da identidade e, portanto, para a autorrealização do cuidado de si e do outro.

A Psicodinâmica do Trabalho acredita que por meio da fala o sujeito pode ressignificar o sofrimento vivenciado no trabalho, por isso defende a instituição de um espaço de fala nas instituições, que deve estar voltado, essencialmente, à deliberação coletiva, à discussão do trabalho, visando a transformações na organização, lugar onde o sujeito, a partir do ato da palavra, possa expressar sua vivência no trabalho e elaborar, em situação de grupo, uma reflexão sobre a relação entre sofrimento e prazer no trabalho (Dejours, 2005).

Nessa perspectiva, outro estudo com profissionais de saúde aponta a importância dos grupos de reflexão, ambiente afetivo e acolhedor, que oportunize o compartilhar de experiências emocionais vivenciadas no cotidiano de trabalho, auxilie no enfrentamento dos conflitos e possibilite a construção de novas condutas no exercício profissional. Nesse espaço, os profissionais podem expor suas dificuldades, angústias e preocupações oriundas do trabalho, o que pode ocasionar aprendizado, amadurecimento e segurança para a equipe (Zimmerman, 1997).

No cotidiano de trabalho, os profissionais de saúde convivem com altas demandas em um pequeno intervalo de tempo, longas jornadas de trabalho, precárias condições de trabalho físicas e materiais para realizar o atendimento, além de uma reduzida equipe de trabalho. Ao cotidiano dos profissionais de Saúde Mental se acrescentam as cobranças e expectativas que giram em torno da



cura do usuário. A reunião desses fatores transforma o ambiente de trabalho em local de angústia e tensão (Onocko-Campos, 2005; Silva, 2007).

Nesse sentido, esse novo modelo de atendimento em Saúde Mental, sempre em construção/reconstrução, requer uma formação profissional específica, que dê conta não somente da técnica, mas também da singularidade de cada paciente. Tal singularidade exige do profissional um olhar diferenciado/particular, que advém da sua experiência de vida, e não do ensino formal. Assim, um atendimento meramente técnico pode trazer prejuízos ao usuário, por não se sentir acolhido no seu sofrimento, e ao profissional por sofrer ao não conseguir acolher o sofrimento do usuário (Santos, 2009). Sobre o sofrimento psíquico, Costa (2003) destaca que

O tema sofrimento, portanto, remete-nos, necessariamente, à noção de angústia, que, por sua vez, não implica uma definição, mas antes uma interrogação do sujeito consigo próprio e com o mundo, em sua dimensão de real inapreensível e das possibilidades e/ou impossibilidades do sujeito fazer frente ao insuportável, sem um anteparo, sem máscaras que dissimulem a disjunção, como diriam os lacanianos, entre o real e a verdade, entre o desejo e o gozo (p. 10).

É verdade que todo trabalho tem seus aspectos positivos e negativos, que vão desde a satisfação pessoal, reconhecimento e identificação com a atividade desempenhada, mas também sofrimento psíquico que pode advir da realidade do trabalho. No caso dos trabalhadores da saúde, o desgaste advindo do trabalho é diferente dos profissionais de outras áreas, pois eles estão constantemente expostos, pelas organizações que trabalham, à dor, ao sofrimento e à morte de pessoas doentes (Campos, 2005).

Na literatura existem diversos estudos realizados com a categoria profissionais de saúde, porém poucos estudos realizados com profissionais de saúde que atuam especificamente em Centros de Atenção Psicossocial. Após exaustiva pesquisa, foram encontrados estudos realizados em CAPS nos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Goiás Santa Catarina e no Distrito Federal.

No estudo realizado no CAPS de São Paulo, contatou-se que o contato diário com o usuário e suas demandas cheias de dor e sofrimento expõe os profissionais a grande carga emocional e faz emergir vivências de angústia, medo, sofrimento, desamparo e desesperança (Benevides-Pereira, 2001). Já no CAPS do Distrito Federal, os profissionais relatam vivências de sofrimento associadas à sensação de incapacidade de realizar atividades como diagnosticar sinais durante o acolhimento na recepção, encaminhar o paciente, trabalhar com retorno e com pessoas egressas de internação (Santos, 2009).

Os profissionais do CAPS de Goiás, em especial os recém-chegados ao serviço e sem nenhuma experiência em atendimento psicossocial, apontaram a necessidade de se investir em programas que capacitem para a atuação no campo da Saúde Mental. Os profissionais destacaram ainda insegurança no agir com o usuário e no processo de integração com a equipe do serviço (Silva, 2007).

Nas pesquisas realizadas em CAPS de Santa Catarina e do Rio de Janeiro, a gravidade e a complexidade dos casos de psicose, a insegurança e o medo dos profissionais de Saúde Mental quando necessitam realizar atendimento de pacientes em crise foram associados às vivências de sofrimento. Tal crise não atinge somente o paciente, mas também a Saúde Mental dos profissionais que efetuam o atendimento, por isso a necessidade de maior capacitação para os recursos humanos já existentes e melhorias na seleção de novos profissionais. (Martinhago & Oliveira, 2012; Vasconcellos & Azevedo, 2010). No CAPS do Rio de Janeiro, os autores também verificaram que existem dúvidas quanto ao oferecimento de atendimento de qualidade aos usuários o que está relacionado à falta de formação para lidar com demandas em Saúde Mental e pelas adversidades da organização de trabalho, como a falta de investimento profissional e a exiguidade de recursos do CAPS, os quais também geram vivências de sofrimento (Vasconcellos & Azevedo, 2010).

Já no estudo realizado no CAPS de Campinas, os profissionais de saúde não se sentem preparados para atender demandas de pacientes psicóticos que fazem uso de substâncias químicas, como álcool e outras drogas, uma vez que se percebem incapacitados para afirmar se as crises desses pacientes são geradas pela doença ou pelo uso das substâncias. Assim, o sofrimento dos profissionais se estabelece no campo do somático, sendo manifestado por meio de várias doenças que geram faltas no trabalho e apresentação de atestados médicos (Ferrer, 2007).

O atendimento psicossocial do CAPS exige profissionais críticos, capazes de refletir sobre as condições socioeconômicas e culturais do contexto em que atuam, bem como da história de vida dos usuários que atendem. As particularidades do atendimento apontam a necessidade de maior disponibilidade por parte do profissional, cujas competências vão além da técnica para o exercício das funções que são exigidas, e o acúmulo de exigências pode gerar tensões, adoecimentos e desequilíbrio psíquico (Silva, 2007; Lima, 2004).

Além disso, o atendimento psicossocial exige um trabalho em conjunto onde estão envolvidos todos profissionais que atuam no serviço, em um espaço de ação e reflexão das práticas realizadas, as quais, na maioria das vezes, não estão muito delimitadas, o que exige inovação, criatividade, polivalência dos profissionais, uma vez que o trabalho no CAPS transcende a área específica de atuação e rompe com o conhecimento meramente técnico (Glanzner & Olschowsky, 2011).

Nesse sentido, os conteúdos curriculares em saúde devem levar em consideração os fatores psíquicos, afetivos, históricos e culturais do adoecer humano, e não desprezar a formação dos profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. Algumas iniciativas já vêm sendo realizadas nessa perspectiva, no entanto, em muitas instituições de ensino, ainda se valorizam aspectos cognitivos em detrimento de saúde pública, de elementos de ordem psíquica e histórica dos estudantes, e enfatizam-se recepção e memorização em detrimento de outras possibilidades, tais como o desenvolvimento da capacidade de análise, crítica e elaboração pessoal. Frequentemente não se considera todo o aprendizado advindo da própria experiência das situações vividas nos

serviços, consequência de se acreditar no conhecimento do passado, da ciência tradicional, e não nos desafios atuais do trabalho em saúde (Araújo, Miranda, & Brasil, 2007).

A fragilidade na formação em Saúde Mental é destacada por profissionais de saúde, que apontam uma defasagem entre os conteúdos discutidos na formação e o que atualmente vivenciam no cotidiano de trabalho, em especial pelo fato da ausência de disciplinas centradas em questões que envolvem Saúde Pública e a Reforma Psiquiátrica. O déficit de formação se torna um obstáculo para o avanço da referida Reforma, por isso os profissionais de saúde utilizam estratégias como formação complementar, participação na construção do serviço, organização de grupos de estudos sobre a Reforma Psiquiátrica e participação em fóruns e capacitações sobre o CAPS (Sales & Dimenstein, 2009).

Por isso a necessidade de reformulação curricular dos cursos em saúde para o fornecimento de subsídios para a organização dos serviços, de modo a proporcionar uma atenção integral a indivíduos e populações. O desenvolvimento da capacidade de ouvir e dialogar com pacientes e demais atores presentes no sistema de saúde e o estímulo à capacidade de análise crítica e elaboração pessoal do conhecimento por parte do aluno também são fundamentais no processo de reformulação. Além disso, merece destaque a valorização do conhecimento oriundo das atividades profissionais, entendendo os campos de prática como verdadeiros espaços de ensino-aprendizagem e a difusão de conhecimentos acerca do SUS e das políticas de saúde, visando adequar as práticas às necessidades da realidade brasileira (Araújo, Miranda, & Brasil, 2007).

Por fim, nessa nova realidade de assistência em Saúde Mental, em especial, no trabalho desenvolvido pelo CAPS, fica clara a importância do cuidado com as equipes profissionais, uma vez que o trabalho nesse novo modelo de atendimento em Saúde Mental engloba vários níveis de atenção em um mesmo espaço, que resulta em maior interação e envolvimento subjetivo entre profissionais e usuários. As particularidades do trabalho no CAPS somadas à presença desse modelo de atendimento em Saúde Mental reafirmam a importância de uma formação mais ampla e não meramente técnica dos profissionais de Saúde Mental (Santos, 2009).

### **Sobre a Teoria da Psicodinâmica do Trabalho**

A teoria Psicodinâmica do Trabalho proposta pelo psiquiatra francês Christophe Dejours busca compreender as relações de prazer e sofrimento que se estabelecem nos coletivos de trabalho, utilizando como fonte de pesquisa a interpretação das contradições, incoerências e mecanismos de defesa apresentados no discurso do sujeito (Mendes, 2007a). A Psicodinâmica do Trabalho propõe

O estudo das relações dinâmicas entre a organização do trabalho e os processos de subjetivação, que se manifestam nas vivências de prazer e sofrimento, nas estratégias de ação para mediar as contradições da organização do trabalho, nas patologias sociais, na saúde e no adoecimento (Mendes, 2007a, p. 30).

O trabalhar para a Psicodinâmica do Trabalho está relacionado ao saber-fazer, em que estão envolvidos o corpo, os gestos, a inteligência astuciosa, a capacidade de pensar, interpretar, sentir, inventar e reagir às situações apresentadas no cotidiano. Para essa teoria, o trabalho, enquanto categoria psicológica, além de atender às necessidades básicas e de segurança, é um dos caminhos para se alcançar o prazer, porque cria identidade social e pessoal. O ser não é dissociado do fazer e o trabalho não se reduz à atividade em si, ou ao emprego, é algo que transcende o concreto e instala-se numa subjetividade, na qual o sujeito da ação é parte integrante e integrada do fazer, resultando na realização de si mesmo. O ato de produzir permite um reconhecimento de si próprio como alguém que existe e é importante para a existência do outro, transformando o trabalho em um meio para a estruturação psíquica do homem (Mendes, 2007b; Dejours, 2004).

Assim sendo, o prazer é uma busca constante, dada a oportunidade de o indivíduo constituir-se e fortalecer sua identidade quando do contato com o produzir e com os outros que fazem parte do seu mundo de socializações. Contudo, segundo Mendes, Borges e Ferreira (2002), nem sempre o trabalho cumpre esse papel de ser fonte de prazer, sendo, às vezes, penoso e doloroso, levando a um sofrimento que decorre das condições socioculturais restritivas à plena realização do homem, à sua liberdade, à sua particular expressão subjetiva. Esse modo não emancipador do trabalho tem dado origem a um contexto de trabalho marcado por muitas adversidades, que envolvem a relação trabalho/emprego, subemprego e desemprego. Nas pesquisas empíricas e discussões teóricas, tem-se considerado a vivência de prazer-sofrimento como constructo único, cujas partes (prazer e sofrimento) são estudadas sem separação, e é tido como originado das mediações utilizadas pelos trabalhadores para manterem-se íntegros (Ferreira & Mendes, 2003).

A Psicodinâmica do Trabalho tem como objeto de estudo o saudável no espaço de trabalho, significando, assim, que o sofrimento é permanentemente vivenciado diante das resistências do real do trabalho, da distinção entre as prescrições e trabalho vivo e do afeto sentido no corpo pático. O sofrimento em si não é patológico e pode funcionar como um sinal de alerta para evitar os riscos de adoecimento, que acontece, por exemplo, quando os trabalhadores não conseguem utilizar estratégias para dar conta das adversidades da organização do trabalho (Mendes, 2007b).

O sofrimento no trabalho é, portanto, uma vivência individual e/ou compartilhada, muitas vezes inconsciente, de experiências dolorosas como angústia, medo e insegurança e 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. O trabalho é, pois, constante fonte de prazer e de sofrimento, de vivências que, apesar de implicar contradição, não são excludentes. Essa contradição “é guiada por um movimento de luta do trabalhador para busca constante de prazer e evitação do sofrimento, com a finalidade de manter seu equilíbrio psíquico” (Mendes et al., 2002, p. 27).

Para entender a dualidade prazer e sofrimento no trabalho e o que a Psicodinâmica do Trabalho entende como trabalhar faz-se necessário compreender os conceitos de tarefa, atividade, trabalho prescrito, trabalho real e estratégias defensivas.

Compartilhando com teóricos da ergonomia, Dejours (2005) define tarefa como aquilo que se deseja obter ou fazer, o que é repassado pelo trabalhador quando da apresentação da função que ele realizará na organização, ou seja, está relacionada às normas e as regras que devem ser seguidas para se alcançar um objetivo, ou seja, ao trabalho prescrito pela organização. Portanto, o trabalho prescrito consiste nas coordenadas recebidas pelo trabalhador para realizar determinada tarefa.

O conceito de atividade é mais abrangente e compreende tudo o que o trabalhador faz para conseguir realizar a tarefa que lhe é imposta, o que não está contido na prescrição da organização, como diz Dejours (2005): “ao que resiste ao domínio, a descrição, uma vez que está em constante transformação, sendo reconhecido no que falta entre o prescrito e o real” (p. 49). Essa parte enigmática do trabalho é decifrada pelo trabalhador por meio da utilização de sua inteligência prática, do seu saber-fazer. Nessa perspectiva, o autor destaca que

Entre tarefa e atividade há um ajuste que leva à redefinição dos objetivos inicialmente fixados (prescrição), que compõem junto com requisitos físicos e psíquicos a parte enigmática do trabalho, que para ser concretizado, realizado, necessita de criatividade e subversão, que geram conhecimentos que devem ser acrescentados às prescrições prévias (Dejours, 2004, p. 55).

O conceito de atividade está relacionado ao real do trabalho, que é entendido como o que está além do que é conhecido pelo trabalhador, ao que é construído no dia a dia de trabalho, ao “enigma a decifrar, um convite a prosseguir no trabalho de investigação e descoberta” (Dejours, 1997, p. 40), sendo apresentado quando do fracasso no trabalho. O trabalho real é aprendido na experiência do cotidiano de trabalho, é “aquilo que se faz conhecer por sua resistência ao domínio dos saberes e dos conhecimentos disponíveis” (Dejours, 2004, p. 58).

Por outro lado, o prescrito é entendido como as normas e regras impostas pela organização do trabalho. Pode ser claramente definido sobre o papel, diferentemente do trabalho real, que abrange uma gama de situações não previstas, mal previstas, contradições, impossibilidades e novidades que o trabalhador tem de dar conta no momento de cumprir uma ordem. A discrepância entre a organização prescrita e a organização real do trabalho é gerida por uma dinâmica que atrai todos os envolvidos na empreitada, na execução da tarefa, vivenciando prazer e sofrimento (Mendes, 2007a).

A prescrição está, para Dejours, tão longe de dar conta do real do trabalho que os trabalhadores lançam mão de suas habilidades tácitas, de forma e requisitos necessários ao seu refinamento e sua eficácia em situação real de trabalho, ou seja, à sua inteligência prática. Para o autor, os trabalhadores estão fisicamente no posto de trabalho, mas mentalmente estão perto da matéria em transformação – Atividade subjetivante – transformação do sujeito pela atividade,

indispensável à eficiência. Esses atos, na maioria das vezes, antecipam-se à consciência e à simbolização dos trabalhadores (Dejours, 2005).

Para dar conta do real do trabalho e das contradições da organização do trabalho, as quais estão associadas à intensificação do sofrimento, os trabalhadores podem contar com a cooperação nos espaços de trabalho, que é um grau suplementar na complexidade e na integração da organização do trabalho. A cooperação nada mais é do que a vontade das pessoas de trabalharem juntas e de superarem coletivamente as contradições que surgem da própria natureza da atividade ou da essência da organização do trabalho (Dejours, 2004).

É fato que as organizações parecem ignorar que no cotidiano do trabalho não se pode prever com exatidão os acontecimentos e que se convive com o inesperado (panes, incidentes e imprevistos decorrentes das características do trabalho, das condições físicas e das relações com chefias, colegas e subordinados), ou seja, com o real do trabalho, o qual o prescrito não consegue dar conta. Chama atenção o fato de que o trabalhador, ao subverter o trabalho prescrito, pode alcançar com rapidez e qualidade as metas impostas pela organização, resultando em altos índices de produtividade (Mendes, 2007a).

Vale ressaltar que ao mesmo tempo em que seguir à risca o que é prescrito pela organização gera sofrimento ao sujeito, a falta desse prescrito torna-se angustiante e acarreta desorientação. Afinal, o trabalho pode ser entendido enquanto obrigações e exigências ou enquanto atividade coordenada de homens e mulheres em prol de um objetivo (Dejours, 2005, 2007).

Os estudos em Psicodinâmica do Trabalho realizados nos contextos organizacionais vêm constatando que para lidar com a precarização do trabalho, buscar centralidade e saúde no trabalho, os trabalhadores lançam mão de estratégias defensivas, as quais podem ser de proteção, adaptação e de exploração (Mendes, 2007a)

Essas estratégias variam de acordo com o ambiente de trabalho e possibilitam que o sujeito suporte o sofrimento, evitando, assim, o adoecimento. São construídas individual ou coletivamente e utilizadas para enfrentar a dura realidade do trabalho na organização. Mendes et al. (2002) destacam que

Uma das formas do 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 (p. 33).

De acordo com Mendes (2007a) as defesas de proteção são modos de pensar, sentir e agir compensatórios utilizados pelos trabalhadores para suportar o sofrimento, ou seja, ocorrem quando acontece a alienação decorrente da racionalização das situações geradoras de sofrimento, sendo seu esgotamento preocupante à saúde psíquica do sujeito. Na defesa de proteção “o trabalhador

consegue evitar o adoecimento se alienando das causas do sofrimento, não agindo sobre a organização do trabalho, mantendo inalterada a situação vigente” (Mendes, 2007a, p. 38).

As defesas de adaptação e de exploração são frutos da negação do sofrimento e da submissão do desejo da produção. São preocupantes na medida em que os sujeitos perdem seus modos próprios de pensar, sentir e agir para atender aos interesses da organização.

Vale ressaltar que as estratégias defensivas utilizadas pelos trabalhadores apresentam certa ambiguidade, ora funcionam como proteção à saúde psíquica, ora como um obstáculo à capacidade de pensar sobre o trabalho e lutar contra as adversidades da organização do trabalho. Os trabalhadores inseridos na nova forma de organização do trabalho, em que se exacerba a excelência, passam a utilizar de estratégias mais defensivas do que voltadas a mudanças na organização de trabalho. Envolvidos pelo discurso organizacional, os trabalhadores passam a ser altamente explorados e direcionados a atender o desejo de produção das organizações (Mendes, 2007a).

Portanto, para lidar com as contradições e sofrimentos gerados no âmbito do trabalho, o trabalhador desenvolve estratégias defensivas individuais e/ou coletivas, como, por exemplo, a negação ou a racionalização do sofrimento no trabalho, ou ainda estratégias de mobilização coletiva, que solicitam um espaço público de discussão e cooperação. O espaço público de discussão é constituído pelo espaço da fala e da expressão coletiva do sofrimento, que Ferreira e Mendes (2003, p. 56) caracterizam por “um espaço no qual as opiniões, eventualmente contraditórias, podem ser livremente formuladas e publicamente declaradas. Essas opiniões são baseadas nas crenças, desejos, valores, posições ideológicas, escolhas éticas, na experiência técnica e no compartilhamento das estratégias operatórias”.

O uso exacerbado das estratégias defensivas se faz preocupante quando caminha para um processo de alienação e atinge o coletivo de trabalho, o que pode causar sérios danos à saúde psíquica e social do sujeito, que pode vir a desenvolver patologias relacionadas ao trabalho. Essas patologias são denominadas pela Psicodinâmica do Trabalho como patologias sociais, e Mendes (2007a) destaca que

quando se instala o processo de anestesia e se atinge o coletivo de trabalho, considera-se que os comportamentos no trabalho passam por uma modificação denominada patologias sociais e, com isso, são desencadeadas as patologias do trabalho e o processo de adoecimento (p. 54).

O modelo de gestão atual vem sendo decisivo ao aparecimento das referidas patologias sociais, dentre elas, destacam-se: as patologias da sobrecarga, quando o volume de trabalho extrapola a capacidade humana; da violência, acentuada quando da deterioração das relações no trabalho; e da servidão voluntária, relacionada às necessidades de emprego e conforto (Mendes, 2007a; Ferreira, 2007).

A Psicodinâmica do Trabalho tem como instrumento a fala do sujeito, e para ressignificar o sofrimento vivenciado pelas contradições da organização do trabalho defende a criação de um espaço de fala nas organizações, onde a palavra possa circular livremente, dando ao sujeito a chance de ressignificar seu sofrimento e ser reconhecido pelo outro. Esse espaço deve ser voltado, essencialmente, à deliberação coletiva, à discussão do trabalho, e visar transformações na organização. Lugar onde o sujeito, a partir do ato da palavra, possa expressar sua vivência no trabalho e elaborar, em situação de grupo, uma reflexão sobre a relação entre sofrimento e prazer no trabalho (Dejours, 2005).

A referida teoria entende que o momento da escuta e da fala do trabalhador é onde se alimenta a possibilidade de reconstruir processos de subjetivação do sujeito e do coletivo. Narrar o trabalho é condição para desvelar o sofrimento, é resgate da capacidade de pensar e partilhar o mal-estar proveniente da organização do trabalho e articular soluções no nível subjetivo e intersubjetivo, que pressupõem cooperação e um modo de operar mudanças na organização (Mendes, 2007a).

Vale destacar que um coletivo de trabalho constituído por solidariedade, confiança, cooperação, espaço público de fala e promessa de equidade favorece o surgimento da dinâmica do reconhecimento – o processo de valorização do esforço e sofrimento investido no trabalho, que possibilita a construção da identidade e vivência de prazer e de realização no trabalho. O reconhecimento relaciona-se de modo direto com o poder do trabalhador, envolvendo a capacidade de negociar e influenciar o coletivo de trabalho, superando as contradições entre a organização prescrita e a real. Não é a atividade de trabalho que proporciona a transformação do sofrimento em prazer, mas é ela que possibilita o encontro da identidade com o real, porém a identidade só pode ser conferida a partir do olhar do outro, por isso a importância do reconhecimento no trabalho (Dejours, 2004; Mendes, 2007a).

No momento em que ocorre o reconhecimento do trabalho realizado, dá-se sentido ao sofrimento e possibilita-se a transformação de sofrimento em prazer e a condução para a construção da identidade. Ocorre um processo de construção de um sentido do trabalho na vida mental do trabalhador. O reconhecimento social do trabalho em saúde também oportuniza vivências prazerosas.

Por fim, a Psicodinâmica do Trabalho entende a proposição do duplo sentido que o trabalho pode representar na vida do sujeito: desestabilizar ou preservar a saúde psíquica. Às organizações/instituições cabe oportunizar situações que permitam a ressignificação do sofrimento vivenciado no ambiente de trabalho, oferecendo condições para que o trabalhador possa mobilizar-se subjetivamente, utilizar a inteligência prática e a cooperação para, assim, ressignificar o sofrimento vivenciado no trabalho.



## **Caminhos da Experiência – Metodologia**

### **Delimitação do Estudo**

#### **Objetivo geral.**

Analisar as possíveis contribuições das ações de Educação Permanente em Saúde para a compreensão do sofrimento no trabalho dos profissionais de saúde que atuam no CAPS ad.

#### **Objetivos específicos.**

- identificar o sofrimento no trabalho relatado pelos profissionais de saúde que atendem no CAPS ad;
- identificar as vivências de prazer relatadas pelos profissionais de saúde que atendem no CAPS ad;
- conhecer as estratégias relatadas pelos profissionais de saúde que atendem no CAPS ad para lidar com a realidade de trabalho;
- identificar as oportunidades de Educação Permanente em Saúde relatadas pelos profissionais de saúde que atuam no CAPS ad.

### **Método**

Este estudo utilizou o método qualitativo para analisar as possíveis contribuições das ações de Educação Permanente em Saúde para a compreensão do sofrimento no trabalho dos profissionais de saúde que atuam no CAPS ad. O método qualitativo, largamente utilizado nas pesquisas em Ciências Sociais, tem como objetivo compreender o contexto no qual determinado fenômeno se insere, a partir da relação em que tal fenômeno se estabelece no sujeito e por ele é interpretado. As pesquisas qualitativas partem de premissas individuais, forma específica de compreender o mundo para entender o significado individual ou grupal que é dado a cada dimensão de um problema humano (Creswell, 2007; Turato, 2005).

Dessa forma, a pesquisa que utiliza o método qualitativo gera, revela ou descreve uma qualidade que consiste em uma variável cuja substância é desconhecida antes da pesquisa, diferentemente da pesquisa quantitativa, na qual a substância da variável é previamente conhecida, sendo desconhecido apenas o peso ou a quantidade da variável. Portanto, um depoimento é uma variável qualitativa porque é algo previamente desconhecido (Lefevre & Lefevre, 2005).

O método qualitativo está voltado geralmente para o estudo de situações complexas ou estritamente particulares como, por exemplo, a descrição da complexidade de um problema ou a compreensão e classificação de processos dinâmicos vividos por grupos sociais. A qualidade dos fenômenos não aparece imediatamente à experiência nem são construídos por via da indução. A abordagem qualitativa propõe-se, então, a elucidar e conhecer os complexos processos de

constituição da subjetividade, diferentemente dos pressupostos “quantitativos” de predição, descrição e controle (Rey, 1999).

Nessa perspectiva, Muchielli (1991) afirma que o método qualitativo está voltado para a investigação de problemas que envolvam fatos humanos que, por essência, não são passíveis de serem medidos. Segundo a autora, as técnicas de pesquisa e análise utilizadas para investigar esses fatos humanos escapam a toda codificação e programação sistemáticas, repousam essencialmente sobre a presença humana e a capacidade de empatia, e pela inteligência indutiva e generalizante.

Estudos de caráter qualitativo incluem a subjetividade no próprio ato de investigar, tanto do pesquisador quanto do sujeito pesquisado, além de partir de uma visão de abrangência do fenômeno estudado, e não visa à fragmentação de variáveis como no método quantitativo. Segundo Liebscher (1998, citado por Lefevre & Lefevre, 2012) quando se busca estudar um fenômeno complexo, de natureza social, e não se tende à quantificação, os métodos qualitativos são apropriados, sendo, normalmente usados quando o entendimento do contexto social e cultural é um importante elemento para a pesquisa. Segundo o autor, no uso do método é preciso aprender a observar, registrar e analisar interações reais entre pessoas e sistemas.

Dentro da abordagem qualitativa, este estudo optou pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que vem sendo desenvolvido na Universidade de São Paulo desde o final da década de 1990 em pesquisas de opinião, de representação social ou de atribuição de sentido, que tenham como material de base depoimentos ou outros suportes de material verbal, como matérias de jornais e revistas. O DSC está fundamentado na teoria das representações sociais, que são entendidas enquanto reelaborações, metabolizações de conhecimentos e informações geradas em certo número de espaços sociais onde, modernamente, tais conhecimentos são produzidos e/ou difundidos: meios de comunicação de massa, internet, escola, academia, centros culturais, museus, centros religiosos, locais de trabalho, núcleo familiar (Lefevre & Lefevre, 2012).

As representações sociais são, portanto, entendidas enquanto um sistema de ideias que se comunicam, ou seja, crenças compartilhadas, conhecimento gerado no dia a dia na vida das pessoas comuns. Nessa perspectiva se encaixa o DSC, que consiste “num conjunto de instrumentos destinados a recuperar e dar luz às representações sociais, mormente as que aparecem sob forma verbal de textos escritos e falados, apresentando tais representações sob a forma de painéis de depoimentos coletivos” (Lefevre & Lefevre, 2012, p. 55). O DSC possibilita a reconstrução do pensamento social como depoimento coletivo, e isso é conseguido porque as opiniões ou depoimentos individuais semelhantes, que, reunidos, formam uma opinião coletiva, são somados qualiquantitativamente, isto é, ao mesmo tempo como discurso e numericamente.

Cada depoimento ou opinião coletiva apresenta um certo peso na medida em que foi composto por um determinado quantitativo de indivíduos que processam tal opinião dividido pelo conjunto de indivíduos pesquisados. Por outro lado, o DSC é discursivamente coletivo porque agrega num discurso, mesmo que redigido na primeira pessoa do singular, ou seja, mesmo que

formalmente individual, os distintos conteúdos e argumentos presentes em todos os depoimentos individuais que, na pesquisa, apresentam sentido semelhante, configurando, assim, um depoimento coletivo.

Nessa perspectiva, encaixam-se os atributos quantitativos do DSC: a intensidade, ou seja, o número ou percentual de indivíduos que contribuíram com suas expressões-chave relativas às ideias centrais ou ancoragens, que compõem o DSC e a amplitude que se refere à medida da presença de uma ideia ou representação social, considerando o campo ou universo pesquisado.

Assim, o DSC entende que os distintos modos de pensar são diferentes tipos de discurso, que têm diferentes nomes ou etiquetas. Dessa forma, cada DSC é um tipo de discurso, porque reúne diferentes depoimentos de sentido semelhante, o que permite identificar e individualizar algo. Para fazer com que o conjunto de respostas a questões abertas possa representar uma coletividade, o DSC lança mão de alguns operadores ou figuras metodológicas, a saber:

- **Expressões-chave (ECH):** São pedaços, trechos ou segmentos, contínuos ou descontínuos, do discurso, que devem ser selecionados pelo pesquisador e que revelam a essência do conteúdo do depoimento ou discurso ou da teoria subjacente. As ECHs são fundamentais para a elaboração do DSC e consistem em retirar do discurso tudo que é irrelevante, focando na essência do pensamento e, ao mesmo tempo, na identificação de uma ou mais ideias diferentes sobre o tema pesquisado.
- **Ideia Central (IC):** Nome ou expressão linguística que revela e descreve da maneira mais sintética e precisa possível o sentido ou os sentidos da ECH de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de ECHs (que vai dar nascimento aos DSCs). Vale ressaltar, que as ICs são abstratas, conceituais, sintéticas, frias, e poucas e se referem ao que o entrevistado quis dizer, enquanto a ECH traduz como isso foi dito.
- **Ancoragem (AC):** Expressão de uma dada teoria ou ideologia que o autor do discurso professa e que está embutida no seu discurso, como se fosse uma afirmação qualquer. Nesse sentido, algumas ECH remetem não apenas a uma IC, mas a uma afirmação, denominada Ancoragem.
- **O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC):** É a reunião em um só discurso-síntese, redigido na primeira pessoa do singular, de ECH que tem a mesma IC ou AC (Lefreve & Lefreve, 2012, p. 102).

Em suma, as ideias centrais semelhantes devem ser reunidas em uma única ideia central ou categoria, e a construção do DSC é feita com as Expressões-chave das Ideias Centrais enquadradas na mesma categoria, que deve ter um DSC correspondente. Portanto, as perguntas de pesquisa devem ser respondidas com um DSC, que representa as opiniões coletivas existentes sobre o tema da pergunta na população investigada.

Nesse sentido, o grande diferencial da utilização da técnica do DSC, e o que atribui maior qualidade das pesquisas que o utilizam, e a possibilidade de os resultados serem generalizados é

aparecerem como uma escala coletiva, como um depoimento em forma de discurso. Além de o DSC ser um método essencialmente quali-quantitativo, pois em todos os momentos do estudo se preserva a natureza qualitativa do discurso do sujeito, e associada a ela a representatividade e generalização dos resultados. Segundo Lefevre & Lefevre (2012),

O DSC, como técnica, consiste em uma série de operações sobre a matéria-prima dos depoimentos individuais ou de outro tipo de material verbal (artigos de jornais, revistas, discussões em grupo, etc.), operações que redundam, ao final do processo, em depoimentos coletivos, ou seja, constructos confeccionados com estratos literais do conteúdo mais significativo dos diferentes depoimentos que apresentam sentidos semelhantes (p. 35).

Dessa forma, os resultados de estudos qualitativos que utilizam o DSC são apresentados sob a forma de discursos-síntese escritos na primeira pessoa do singular, que visa expressar o pensamento de uma coletividade como emissora de um único discurso. Entendendo que diferentes indivíduos pensam de forma semelhante, o DSC permite identificar e reconstruir semelhanças, bem como dá diferentes nomes a esses diferentes conjuntos de depoimentos de sentido semelhante. Para obter esse resultado o DSC adota procedimentos de base indutiva sobre um conjunto de depoimentos individuais e seleciona adequadamente os estímulos por meio de questões abertas de pesquisa (Lefevre & Lefevre, 2012).

Na técnica do DSC os depoimentos coletivos são denominados de Discurso do Sujeito Coletivo (DSCs), assim, o resultado final de uma pesquisa se dá por “quantas diferentes opiniões sob a forma de DSC existem entre determinada população pesquisada”, ou seja, o DSC é composto por um número determinado de depoimentos provenientes de distintos indivíduos. Para garantir o efeito de uma opinião coletiva os depoimentos são redigidos na primeira pessoa do singular, que condensa todas as variantes individuais das opiniões socialmente compartilhadas que uma pesquisa resgatou (Lefevre & Lefevre, 2012).

Por fim, O DSC é uma técnica que visa à identificação e descrição de representações sociais presentes em uma dada formação sociocultural a propósito de um determinado tema de pesquisa. Assim, procura recuperar o semelhante e o adverso do discurso, tendo como proposta fazer o pensamento coletivo falar diretamente por meio de um único discurso que expresse a representação de um coletivo sobre uma determinada temática. Vale destacar que este trabalho não utiliza as representações sociais para analisar os dados coletados. As representações sociais só são destacadas neste estudo para explicar a origem e referencial teórico que fundamentam a criação do método do DSC, que é utilizado aqui como ferramenta para organizar os dados e auxiliar na análise.

## Procedimentos

### a) Local do estudo – CAPS ad

Esta pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS ad), localizado na cidade de Sobradinho, no Distrito Federal. Esse CAPS se insere na modalidade CAPS II (Tabela 3), descrita na Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, voltada ao atendimento de uma população variando de 70 mil a 200 mil habitantes, porém, na prática, segundo dados do gerente, o CAPS ad de Sobradinho está referenciado para um total de 411 mil habitantes, o que corresponde ao público atendido por dois CAPS III.

Tabela 3

*Descrição da Modalidade CAPS ad II (Ministério da Saúde, 2002)*

---

### **CAPS ad II**

---

Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas com capacidade para atendimento em municípios com população superior a 70 mil

---

#### **Assistência prestada**

---

Atendimento individual, grupal e oficinas terapêuticas

Visitas domiciliares de atendimento à família

Atividades comunitárias para a integração na comunidade e sua inserção familiar e social

Atendimento de desintoxicação

---

#### **Recursos Humanos**

**25 atendimentos/turno**

**Limite 45 pacientes/dia**

---

Um médico psiquiatra

Um enfermeiro com formação em Saúde Mental

Quatro profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional ou pedagogo)

Seis profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão

---

*Fonte: Portaria 336/GM/2002 (Ministério da Saúde, 2002)*

Em levantamento realizado pela equipe do CAPS ad Sobradinho, no mês de abril de 2013, foi registrado um total de 411 pacientes ativos e 1.400 prontuários de pacientes que passaram pelo serviço. Da população atendida, a grande maioria apresenta demanda, prioritariamente, do abuso de álcool, havendo porcentagem significativa de casos de cruzamento de álcool e outras drogas.

O CAPS ad investigado conta com um total de dezenove funcionários com diferentes cargas horárias de trabalho: um psicólogo na função de gerente do CAPS ad (40 horas), um psiquiatra (40 horas); um médico clínico (20 horas), dois assistentes sociais (40 horas), um assistente social (20 horas); uma enfermeira (40 horas) quatro auxiliares de enfermagem (40 horas, sendo um em adaptação de função), um administrativo (chegou ao CAPS com restrição psiquiátrica e está de licença há 60 dias) duas psicólogas (20 horas), uma psicóloga (30 horas) e duas psicólogas (40 horas, sendo que exercem função administrativa, auxiliando o gerente); um terapeuta ocupacional (20 horas), dois guardas patrimoniais (escala de 12 horas) e dois técnicos de limpeza (40 horas).

#### **b) Descrição do trabalho no CAPS ad de Sobradinho**

No CAPS ad de Sobradinho, o primeiro contato com os pacientes é denominado acolhimento e realizado por um dos profissionais de saúde do serviço mediante agendamento prévio. Tal atribuição faz parte da agenda dos profissionais de saúde que atuam no CAPS ad, exceto médicos e técnicos de enfermagem. No acolhimento é realizada uma entrevista individual por meio de uma ficha técnica, a qual está voltada ao entendimento da demanda do usuário e de uma pequena triagem para verificar se a demanda é realmente do CAPS ad. Em função do número reduzido de profissionais no acolhimento, também é realizada avaliação psicológica, diagnóstico do paciente e identificação do nível de dependência. Essas ações realizadas no acolhimento são subsídios para o plano terapêutico, que é elaborado pelo profissional de referência em conjunto com o paciente.

O plano terapêutico é executado, em sua maioria, por meio de oficinas em grupo, que são escolhidas pelo profissional de referência no momento da elaboração do plano, em parceria com o usuário. Além de oficinas, os usuários também têm disponível atendimento individualizado de acordo com o seu diagnóstico e plano terapêutico. A decisão pelo atendimento individual é do profissional de referência do usuário, ou seja, aquele responsável pelo seu plano terapêutico.

Os profissionais de nível superior do CAPS ad são responsáveis em elaborar e coordenar pelo menos uma oficina e/ou grupo terapêutico, que sempre é composto por dois profissionais, um na função de coordenador e o outro de assistente. As oficinas realizadas no CAPS ad na época da coleta de dados foram: oficina de trabalho na horta, oficina de artesanato, oficina de cidadania, oficina de arte e cultura, oficina de automassagem, grupo de psicoterapia, grupo de apoio, grupo de motivação, grupo de família, grupo de habilidade de enfrentamento e grupo de terapia comunitária.

Por fim, é atribuição dos profissionais de saúde do CAPS ad de Sobradinho realizar acolhimento; avaliação; plano terapêutico; elaborar oficinas, coordenar oficinas e/ou grupos terapêuticos; realizar atendimento individual; elaborar relatórios de evolução dos pacientes; realizar visitas domiciliares e participar da reunião semanal de discussão de casos e informes administrativos.

### **c) Percurso de pesquisa**

Em visitas ao CAPS ad de Sobradinho, nas quais a pesquisadora teve contato com a rotina de trabalho de alguns dos profissionais que atuam nessa unidade, foi considerada a possibilidade de realizar a pesquisa no serviço. Foi feito, diretamente pela pesquisadora, o contato com o gerente, que consentiu a realização do estudo no serviço. Conquistado o possível local de realização da pesquisa e participantes, foi realizada a submissão da pesquisa ao Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS).

Após a aprovação do estudo pelo Comitê (vide Anexo A), a apresentação da pesquisa foi inserida na pauta da reunião semanal de equipe do CAPS ad, que contou com a presença de todos os profissionais de saúde que atuam no serviço. Nesse dia, estavam presentes 12 profissionais de saúde dos 18 que atuam no CAPS ad. Dentre os presentes na reunião, uma profissional entraria de licença-maternidade na semana seguinte e outro estava iniciando uma licença-saúde. Assim, dos 10 profissionais com condições de participar do estudo, dois não se interessaram em colaborar com a pesquisa e, ao fim, oito participantes aceitaram participar do estudo.

No intuito de conhecer o ambiente de trabalho e o dia a dia dos profissionais no serviço, a pesquisadora realizou algumas visitas ao CAPS ad antes do início da coleta de dados. A primeira visita ocorreu na semana seguinte à apresentação da pesquisa e aceite dos participantes, em evento de comemoração do Dia da Luta Antimanicomial, que contou com a presença de todos os profissionais. Nesse dia, os atendimentos e grupos foram suspensos e o serviço ficou por conta do evento. Todos os usuários foram convidados a participar da data festiva, independentemente do dia de seus grupos ou atendimentos individuais. O evento contou com roda de conversa entre profissionais e usuários, apresentação musical de um grupo de usuários, exposição de peças de artesanato produzida pelos usuários nas oficinas e lanche comunitário. A pesquisadora participou, com os profissionais e os usuários do serviço, de todos os momentos do evento. Na semana posterior ao evento, a pesquisadora foi convidada a participar da reunião de equipe, cuja pauta foi a avaliação do evento, a discussão de alguns casos e informes gerais.

A última visita antes do início da coleta dos dados ocorreu na semana posterior, também na reunião semanal de equipe, para agendar os dias das entrevistas, que ocorreram em uma sala de atendimento do CAPS ad de Sobradinho de acordo com a disponibilidade de agenda dos entrevistados. No momento da entrevista, foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (vide Apêndice A), que foi lido por todos os participantes do estudo e, após compreensão, assinado por eles. Cada entrevista teve duração média de 40 minutos. A coleta ocorreu entre os dias 06/05/2013 e 29/05/2013.

No total, foram realizadas quatro visitas ao CAPS ad antes do início das entrevistas. As visitas ao local de estudo e o contato com os profissionais participantes da pesquisa foram importantes para a coleta de dados, pois oportunizou a aproximação do pesquisador com os

participantes e com o serviço e permitiu certa vivência do cotidiano de trabalho do CAPS ad de Sobradinho.

#### **d) Participantes**

A pesquisa foi realizada com profissionais de saúde, servidores da Secretaria de Saúde do DF, lotados no CAPS ad localizado em Sobradinho, no Distrito Federal. Foram entrevistados oito profissionais de nível superior, de diversos cargos e funções, a saber: um psicólogo com função de gerente do CAPS ad, uma enfermeira, quatro psicólogas, uma assistente social e um terapeuta ocupacional. Esse quantitativo é expressivo, considerando que dos doze profissionais do CAPS ad, dois estavam ausentes por motivos de licença-maternidade e afastamento por razões médicas. Com isso, dos dez profissionais potenciais para participação no estudo, oito deles concordaram em contribuir com a pesquisa, o que pode indicar alto grau de aceitação da proposta. Com exceção do gerente, todos os outros profissionais desempenham cargo correspondente às suas formações. A escolha por profissionais de formações diversas ocorreu no intuito de fazer emergir todas as ideias presentes no campo estudado, para, assim, ao final do estudo, serem obtidas as ideias qualificadas, descritas e classificadas. Somado a isso está o estudo da distribuição das ideias qualificadas entre a população estudada, ou seja, o grau de compartilhamento das ideias entre os sujeitos entrevistados (Lefevre & Lefevre, 2012).

Praticamente todos os entrevistados são do sexo feminino, somente o gerente é do sexo masculino, e a faixa etária varia de 25 a 50 anos. O tempo médio de formação de nível superior varia de dois a 20 anos e o tempo médio de exercício no CAPS ad varia de um a sete anos. Dos oito profissionais entrevistados, três apresentam formação *stricto sensu* (dois mestres e uma doutora) e somente dois entrevistados, o gerente e a enfermeira, já possuíam experiência na área de Saúde Mental antes de assumirem o trabalho no CAPS ad de Sobradinho.

#### **e) Instrumento de coleta**

Para analisar as possíveis contribuições das ações de Educação Permanente em Saúde para a compreensão do sofrimento no trabalho dos profissionais de saúde que atuam no CAPS ad, este estudo optou em utilizar a técnica de entrevistas individuais com roteiro aberto semiestruturado (Apêndice B). Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, que contou com roteiro semiestruturado composto de seis questões abertas, contemplando as temáticas: formação profissional; processo de trabalho, Educação Permanente em Saúde, vivências de prazer e sofrimento no trabalho e estratégias defensivas.

A escolha por entrevistas individuais com roteiro aberto se justifica por sua facilidade em viabilizar a emissão de um depoimento, a livre manifestação do sujeito sobre o tema pesquisado, permitindo que sejam revelados todos os conteúdos e argumentos associados à temática, além de possibilitar a geração de uma nova substância ou qualidade (Lefevre & Lefevre, 2012).



As entrevistas foram gravadas com o auxílio de um programa de gravação de áudio, e tiveram duração aproximada de 40 minutos cada. Foram transcritas na íntegra e submetidas à análise do DSC.

#### **f) Análise dos dados**

Os depoimentos obtidos nas entrevistas foram transcritos na íntegra e analisados por meio da técnica do DSC. De posse dos depoimentos transcritos partiu-se para a tabulação dos dados seguindo a proposta de Lefevre e Lefevre (2012):

- a) Ler algumas vezes o conjunto de respostas dadas a uma questão;
- b) Ler cada resposta em particular identificando a ECH;
- c) Identificar a ou as ICs de cada resposta;
- d) Analisar todas as IC/ACs buscando agrupar as semelhantes em conjuntos homogêneos ou categorias;
- e) Nomear as categorias do conjunto homogêneo;
- f) Construir o ou os DSCs de cada categoria;
- g) “Discursivar” ou sequenciar as ECH obedecendo a uma esquematização clássica do tipo: começo, meio e fim, ou do mais geral para o menos geral e mais particular (p.120).

Ao juntar as ECH relacionadas a uma mesma categoria para formar o DSC, foram utilizados conectivos como: assim, então, logo, enfim, etc., e a eliminação de particularismo de sexo, idade, doenças específicas e etc.

Para auxiliar no processamento de dados, foi utilizado o *Software Qualiquantisoft* (2003), programa destinado a facilitar a realização das pesquisas que utilizam a técnica do DSC e que realiza com mais segurança, eficiência e alcance pesquisas qualitativas. O *Software Qualiquantisoft* permite a abordagem qualitativa de dados quantitativos, associando pensamentos, crenças, valores, representações às características objetivas dos portadores dessas representações, tais como sexo, idade, grau de instrução, renda e etc. (Lefevre & Lefevre, 2012).

O *Software Qualiquantisoft* é de propriedade conjunta da Universidade de São Paulo e da empresa Salles & Pachoal Informática, e encontra-se registrado no IP disponível para compra em *download*. A licença do referido *Software* foi adquirida para a realização desta pesquisa e favoreceu a análise e organização dos discursos na medida em que eles foram organizados e foram listados os depoimentos, facilitando o trabalho de identificação das IC adequadas às ECH, sendo estes os que dão origem ao DSC.

Vale ressaltar que o *Software Qualiquantisoft* não substitui o papel do pesquisador, mas agiliza o processamento e tratamento dos dados, permitindo análises e recortes discursivos, bem como a filtragem de extratos de depoimento para realizar comparações. O *Software Qualiquantisoft* auxiliou no tratamento dos dados por meio de uma série de funções, a saber:

- cadastro dos elementos básicos da pesquisa como nome, perguntas, entrevistados e grupos;

- análise das respostas com o uso de operadores do DSC, observando as figuras metodológicas: seleções de ECH e das identificações das IC e AC;
- criação de categorias a partir das ICs;
- construção do DSC;
- emissão de relatórios (relatório com descrição das características dos entrevistados, relatório com análises e categorização por questões, relatório quantitativo e relatório do DSC);
- exportação e importação de dados de pesquisa.

Por fim, a escolha do DSC se justifica pela eficácia que tal método vem obtendo no processamento e expressão das opiniões coletivas em estudos realizados no campo da saúde, bem como pela possibilidade de uma análise qualiquantitativa dos dados coletados (Lefevre & Lefevre, 2012). No entanto, este estudo utilizou somente os recursos para a análise qualitativa, não usufruindo das possibilidades quantitativas disponíveis no sistema.

### **Usando o Software Qualiquantisoft.**

Para o adequado manejo da técnica e aplicação do Software, foi necessária a participação no 19º Curso Teórico-Prático de Introdução ao Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e ao Software Qualiquantisoft, ministrado em São Paulo por Fernando Lefreve e Ana Maria Cavalcanti Lefreve, autores da técnica do DSC e do Software Qualiquantisoft.

Na prática, a análise utilizando o Software Qualiquantisoft é realizada em quatro etapas que acontecem de forma sequencial. A primeira etapa consiste no cadastro da pesquisa e dos entrevistados no sistema e na inserção das questões que compõem o roteiro de entrevista. Feito isso, cada sujeito de pesquisa recebe uma nomenclatura para preservar a sua identidade.

A segunda etapa está destinada à inserção das respostas dos sujeitos às questões de pesquisa. Tais respostas são inseridas em fichas geradas pelo sistema, sendo que cada ficha solicita o preenchimento de campos obrigatórios como nome da pesquisa, a pergunta que gerou a resposta a ser inserida e o participante que emitiu a resposta. Todos esses campos estão relacionados aos dados cadastrados na primeira etapa. Depois de preenchidos esses campos, o pesquisador insere a resposta do sujeito. Após todas as fichas preenchidas, parte-se para identificação das ECHs e ICs presentes nas respostas dos sujeitos.

A terceira etapa consiste na categorização das ideias centrais. Nesse momento, o sistema gera a relação de ICs que foram cadastradas em cada ficha dos participantes da pesquisa e o pesquisador inicia a categorização das ideias centrais, ou seja, a organização das ICs semelhantes em uma mesma categoria. De posse das categorias, o pesquisador volta ao sistema e passa a carimbar cada ficha com a categoria correspondente.

A quarta e última etapa consiste na organização do Discurso do Sujeito Coletivo. O sistema realiza a categorização e já gera para o pesquisador todas as ECHs que compõem a respectiva categoria. O trabalho do pesquisador é juntar todas as ECHs dos participantes de forma a construir um texto que represente a discurso da coletividade, o qual é denominado DSC e é apresentado nas tabelas que compõem o capítulo Resultados e Discussão.

## Prazer, Sofrimento e Qualificação do Trabalho em Saúde Mental – Resultados e Discussão

Nesta sessão são apresentados os resultados obtidos nesta pesquisa. A partir da narrativa dos sujeitos, buscou-se analisar as possíveis contribuições das ações em Educação Permanente em Saúde para a compreensão do sofrimento no trabalho dos profissionais de saúde que atuam no CAPS ad. Por se tratar de um estudo qualitativo, optou-se em apresentar os resultados e a discussão em um mesmo capítulo para, assim, evitar repetições. As entrevistas com os profissionais de saúde do CAPS ad foram analisadas de acordo com a metodologia proposta neste estudo e pelo referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho. Para melhor organização dos dados e entendimento dos achados serão criadas sessões a partir dos objetivos específicos do estudo, os quais originaram as perguntas realizadas aos participantes. Tais perguntas estão seguidas das categorias encontradas e de seus respectivos DSC.

### Vivências de Prazer

Os profissionais de saúde que atendem no CAPS ad, ao responderem a pergunta “Você vivencia prazer no trabalho desenvolvido no CAPS ad de Sobradinho? Como?”, sinalizaram vivências de prazer no trabalho. As respostas dos participantes deram origem a três categorias, cuja quantidade e porcentagem são expostas na Figura 1.

Cada categoria originou um DSC, os quais são devidamente apresentados na Tabela 4 e discutidos na sequência à luz do referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho e de estudos realizados na interface Trabalho e Saúde.

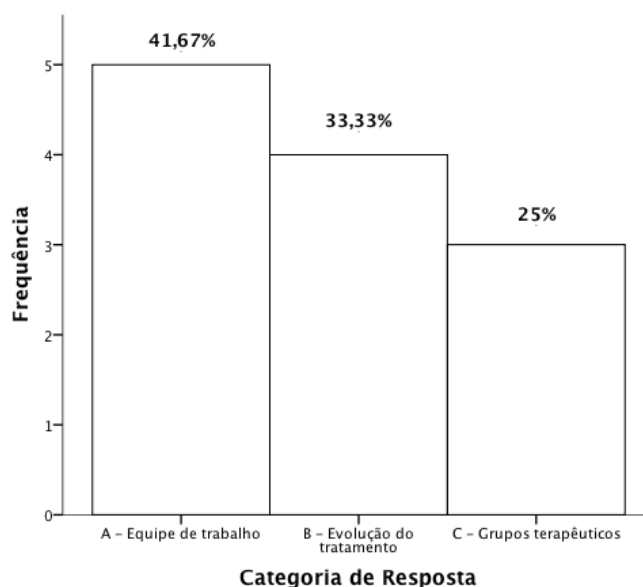


Figura 1. Gráfico de frequência das categorias de resposta para a pergunta prazer.

Tabela 4

*Discurso do Sujeito Coletivo para Vivências de Prazer*

<b>Você vivencia prazer no trabalho desenvolvido no CAPS ad Sobradinho? Como?</b>
<b>Categoria A – Equipe de Trabalho</b>
Discurso do Sujeito Coletivo
<p>Eu trabalho em uma equipe ótima. Algumas pessoas já até me convidaram para sair do CAPS, eu fico. Gente, pode ser mais perto do trabalho, mas se eu não encontrar outra equipe assim, lá? Porque a minha equipe é muito boa. Também tem algumas pessoas aqui que eu tenho um vínculo muito bom... Então, da gente conseguir conversar entre si, e cada um vai se ajudando... E isso é muito gratificante, você pode contar com os outros. Isso entra aí dentro da vivência de prazer. O dia a dia com a equipe também é prazeroso, a gente dá muita risada aqui, a gente se diverte muito. Isso ajuda a enfrentar a barra que é alguns atendimentos. Assim, eu gosto muito da equipe... As reuniões de quinta às vezes cansam, mas é muito bacana quando a gente encontra soluções conjuntas, sabe? E tem uma coisa que me dá muito prazer também, é gente ter a liberdade de poder conversar um com o outro, sem esperar a reunião. Então a gente tem muito essa coisa de “trocar figurinha” no decorrer da semana, isso pra mim é muito bom, porque aí não precisar esperar a quinta-feira, como se fosse uma coisa formal. A gente vai resolvendo as coisas muito junto, e aí a gente vai meio se apoiando, isso é muito bom.</p>
<b>Categoria B – Evolução do Tratamento</b>
Discurso do Sujeito Coletivo
<p>Tem muitos momentos de prazer. Eu sinto prazer quando o paciente que eu acolhi ele retorna e eu o vejo engajado no grupo. E eu sinto prazer assim, de resolutividade mesmo, que de alguma forma ele me escutou, teve uma escuta aí, eu me fiz entender. O prazer de conseguir conquistar as coisas aqui. Assim, tem momentos que são muito gratificantes como, por exemplo, ver a evolução do tratamento, ver que as pessoas estão conseguindo sair ou pelo menos diminuir o vício, voltar para as suas atividades, a coisa da reinserção social mesmo. Ou então de você perceber no paciente aquele que entrou, e como ele está hoje. É você perceber em coisas pequenas, que eles mesmos não reconhecem, mas você percebe um crescimento, isso dá um prazer também no seu trabalho, de você ver o resultado dele. De quando eles trazem falas do tipo: se eu tivesse conhecido esse grupo antes eu não tinha passado tanto a mão na cabeça do meu filho ou se eu tivesse entrado aqui antes eu tinha começado a gostar de mim mais cedo. Então, assim, quando cai a ficha para eles de algumas coisas que a gente fala, isso é muito prazeroso também, muito, muito. E quando a gente fala em resultado é uma coisa muito, não é matemática, é uma coisa que não dá para medir... Então são esses detalhes mesmo, da convivência. A pessoa que chega e não fala nada, então de repente tu ficas incomodada com isso: oi tudo bem? Você esta falando do seu sentimento a primeira vez, que bom que você está</p>

falando. E você, assim, percebe a evolução.
<b>Categoria C – Grupos Terapêuticos</b>
Discurso do Sujeito Coletivo
Eu tenho muito prazer em fazer as coisas (os grupos terapêuticos) que eu estruturei, que eu planejei, que eu criei, isso é o que mais me dá prazer. É ver que os pacientes estão gostando, que está dando certo, que está aumentando a adesão dos pacientes. Isso me dá prazer, ver que está funcionando que estão gostando. Eu gosto das oficinas que eu faço, como a de artesanato e o grupo de apoio. E a mais prazerosa que eu tenho, assim, é quarta-feira, que é a terapia a partir da horta, e o que eu acho mais legal da horta é o círculo, como os pacientes, eu também me revigoro às quartas-feiras. E é muito prazeroso você ver o quanto que essa atividade pode ser reorganizadora para alguém. É muito legal, muito bom.

As vivências de prazer sinalizadas pelos profissionais de saúde são evidenciadas nas três categorias elaboradas a partir das narrativas dos participantes, a saber: Categoria A – Equipe de Trabalho; Categoria B – Evolução do Tratamento e Categoria C – Grupos Terapêuticos. As três categorias sinalizam que os profissionais de saúde vivenciam prazer quando estão em contato com a equipe de trabalho, quando percebem a evolução do tratamento dos pacientes e quando criam e desenvolvem atividades nos grupos terapêuticos.

A Categoria A (Equipe de Trabalho) representa o prazer oportunizado pelo ambiente de trabalho agradável, fruto da boa relação interpessoal estabelecida entre a equipe, o que oportuniza momento de descontração e prazer no trabalho. É fato que o modelo de Assistência em Saúde Mental pregado pressupõe uma atuação mais plural por parte dos profissionais, a equipe assume um papel fundamental. Como já destacado por Guljor (2003), este estudo encontrou que a equipe assume papel determinante na efetivação do modelo de Assistência em Saúde Mental.

O bom relacionamento e entrosamento entre os profissionais que atuam no CAPS ad colabora para recompor a energia dispensada nos atendimentos, como bem destacado no trecho: “O dia a dia com a equipe também é prazeroso, a gente dá muita risada aqui, a gente se diverte muito. Isso ajuda a enfrentar a barra que é alguns atendimentos”. Nesse sentido, merece destaque Mendes (2007a) que sinaliza que para a dinâmica do reconhecimento é fundamental um coletivo de trabalho constituído por solidariedade, confiança, cooperação, espaço público de fala e promessa de equidade, o que em conjunto possibilitam a construção da identidade e vivência de prazer e de realização.

As boas relações interpessoais estabelecidas no grupo de profissionais do CAPS ad auxiliam na resolução das demandas de trabalho, o que gera sensação de alívio que remete ao prazer, como visto no trecho: “Então a gente tem muito essa coisa de ‘trocar figurinha’ no decorrer da semana...”. A maioria dos profissionais de saúde destacam o prazer de estarem juntos e a

importância que um coletivo de trabalho estruturado assume no desenvolvimento das atividades. Eles ressaltam que um trabalho realizado com cooperação representado pelo “trocar figurinha no decorrer da semana” é fundamental para enfrentar a realidade de trabalho. Esse trecho corrobora ressaltar a importância da cooperação no trabalho, ou seja, a vontade das pessoas de trabalharem juntas e de superarem coletivamente as contradições que surgem da natureza do trabalho. Tal cooperação é fundamental para que os profissionais deem conta do real do trabalho e das contradições da organização do trabalho (Dejours, 2004).

Pensando no exposto por Glanzner e Olschowsky (2011), de que o trabalho no CAPS transcende a área específica de atuação e rompe com o conhecimento meramente técnico, e que o atendimento psicossocial exige um trabalho conjunto dos profissionais de saúde, em um espaço de ação e reflexão das práticas realizadas, esse entrosamento da equipe de profissionais de saúde do CAPS ad investigado vem auxiliando a concretização do modelo de atendimento psicossocial preconizado pela Reforma.

Por fim, esse bom relacionamento da equipe de trabalho do CAPS ad, conforme já destacado por Amarante (2008), favorece a concretização do atendimento psicossocial preconizado, uma vez que esse tipo de atendimento requer flexibilidade das estruturas e a construção de uma rede de relações entre a equipe, pessoas atendidas, familiares e comunidade, e se constitui, de acordo com os resultados obtidos nesse estudo, como sendo potente fonte de prazer no trabalho realizado pelos profissionais de saúde.

Na Categoria B (Evolução do Tratamento), os profissionais de saúde sinalizam sentirem prazer ao constatar que o paciente aderiu ao tratamento e está tendo evoluções. Essa sensação de prazer está relacionada ao reconhecimento pelo trabalho realizado, que é representado pela adesão do paciente ao tratamento. O reconhecimento vem dos próprios pacientes, sendo expressos em atitudes, e não em palavras, como muito bem apontado no trecho: “Eu sinto prazer quando o paciente que eu acolhi ele retorna e eu o vejo engajado no grupo”. Podemos perceber que o prazer não advém da simples realização da atividade, mas das consequências que esta produz tanto no sujeito que a realiza quanto no sujeito que é modificado por ela. Tudo isso corrobora a afirmação de Mendes (2007b), que não separa o ser do fazer e que aponta que o trabalho não se reduz à atividade em si, ou ao emprego, é algo que transcende o concreto e instala-se numa subjetividade, na qual o sujeito da ação é parte integrante e integrada do fazer, resultando na realização de si mesmo.

O reconhecimento pelo trabalho realizado e a importância representada na vida dos pacientes sustenta psiquicamente esses profissionais e oportuniza vivências de prazer no trabalho. Sobre a dinâmica do reconhecimento, o ato de produzir permite um reconhecimento de si próprio como alguém que existe e é importante para a existência do outro, transformando o trabalho em um meio para a estruturação psíquica do homem (Mendes, 2007b).

A Categoria C (Grupos Terapêuticos) representa a sensação de prazer associada à criação, planejamento e desenvolvimento das atividades de trabalho, no caso dos grupos terapêuticos, ou seja, os profissionais de saúde se identificam com a liberdade e autonomia que lhe são oferecidas para desempenhar a atividade de trabalho no CAPS ad, como pode ser verificado no trecho: “Eu tenho muito prazer em fazer as coisas (os grupos terapêuticos) que eu estruturei, que eu planejei, que eu criei, isso é o que mais me dá prazer”. Tal trecho sinaliza a identificação desses profissionais com a atividade laboral que se propuseram a realizar e reforça o trabalho enquanto um dos caminhos para se alcançar o prazer, pois cria identidade social e pessoal. Sobre o papel do trabalho na vida das pessoas, Antunes (2002) destaca a centralidade do trabalho e seu poder de afetar a subjetividade, a personalidade e o corpo das pessoas. O trabalho é um dos principais pilares de formação da identidade e organiza o tempo ocupado e o tempo livre, as relações sociais, as atividades realizadas, o reconhecimento social.

Um dos resultados desse estudo aponta a possibilidade de criar os processos de trabalho como fonte de prazer aos profissionais de saúde, o que se constitui enquanto um aspecto positivo do novo modelo de atendimento psicossocial. Merece destaque Glanzner e Olschowsky (2011) quando colocam que o modelo de assistência em saúde instituído com a Reforma Psiquiátrica apresenta aspecto inovador, de construção de uma prática de atendimento com oportunidade de o profissional de saúde utilizar sua inteligência prática no trabalho. Essa inserção em um espaço de interlocução, marcado pela integralidade, cidadania e interdisciplinaridade para atender às demandas dos usuários e inventar novos modos de cuidado, oportuniza vivências de prazer no trabalho e reforça a importância da liberdade e autonomia no trabalho, que possibilita a utilização da inteligência prática e contribui para a preservação da saúde.

Dessa forma, a Categoria C (Grupos Terapêuticos) mostra que a organização CAPS ad oferece condições à mobilização subjetiva dos profissionais de saúde, ou seja, possibilita que eles venham a ser a partir do trabalho, que usem sua criatividade, sua inteligência prática no cotidiano laboral. Tudo isso, reafirma Dejours (2007) que destaca a importância do trabalho para a subjetividade, uma vez em que possibilita a ressignificação do sofrimento. Assim, a organização CAPS ad, ao oportunizar autonomia e liberdade para os profissionais criarem e planejarem os atendimentos colabora para a ressignificação do sofrimento advindo do trabalho e possibilita vivências de prazer, como exemplificado no trecho: “É muito prazeroso você ver o quanto que essa atividade pode ser reorganizadora para alguém. É muito legal, muito bom”.

A Categoria C (Grupos Terapêuticos) reafirma ainda o quanto o ato de trabalhar pode permitir o “vir a ser” do sujeito. A narrativa dos sujeitos demonstra o quanto eles mobilizam suas subjetividades na criação e planejamento dos atendimentos aos usuários do CAPS ad. Para esses profissionais, como também para a Psicodinâmica do Trabalho, o trabalhar não assume importância somente econômica, mas também psíquica, já que a partir do trabalho os profissionais de saúde do CAPS ad podem ressignificar seu sofrimento e expressar sua subjetividade na esfera pública, como



destaca o trecho: “E a mais prazerosa que eu tenho assim, são as quarta-feira, que é a terapia a partir da horta e o que eu acho mais legal da horta é o círculo, como os pacientes, eu também me revigoro às quartas-feiras”. Tudo isso corrobora que o trabalho oportuniza a centralidade do sujeito desde que seja um ambiente onde predomine a liberdade de expressão e a autonomia, ou seja, um trabalho que oportunize a criatividade, a inovação e, o que permite a ressignificação do sofrimento vivenciado no trabalho. A investigação das fontes de prazer e sofrimento dos profissionais é fundamental para o entendimento da relação entre Trabalho e Saúde (Karam, 2003, Merlo, 1999).

Por fim, o contato com o produzir e com os outros vem resultando em vivências prazerosas no trabalho dos profissionais de saúde do CAPS ad, auxiliando na construção da identidade dos profissionais e os ajudando a continuarem seguindo no trabalho e a enfrentarem as adversidades do contexto laboral.

### Sufrimento no Trabalho

Os profissionais de saúde que atendem no CAPS ad, ao responderem a pergunta “Você vivencia sofrimento no trabalho desenvolvido no CAPS ad de Sobradinho? Como?”, sinalizaram vivências de sofrimento. As respostas dos participantes deram origem a cinco categorias, cuja quantidade e porcentagem são expostas na Figura 2.

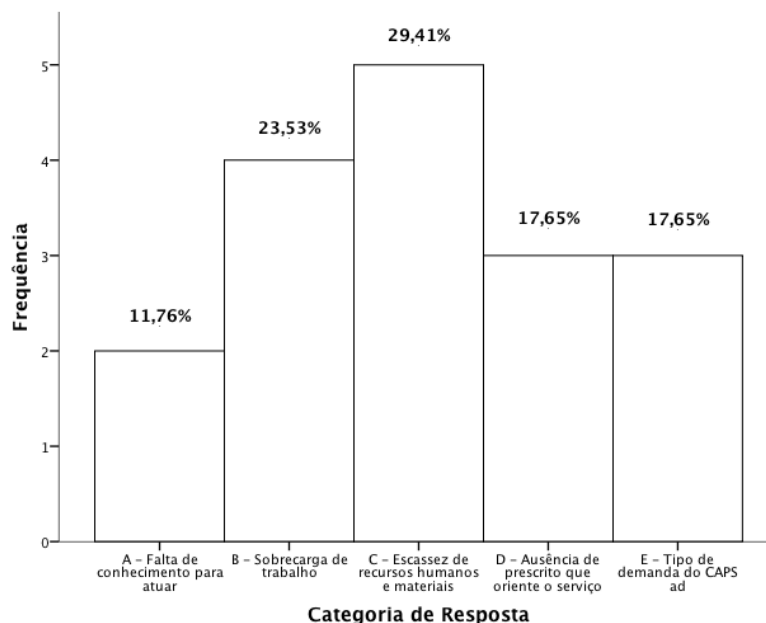


Figura 2. Gráfico de frequência das categorias de resposta para a pergunta sofrimento.

Cada categoria originou um DSC, os quais são devidamente apresentados na Tabela 5 e discutidos na sequência à luz do referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho e de estudos realizados na interface Trabalho e Saúde.

Tabela 5

*Discurso do Sujeito Coletivo para Vivências de Sofrimento*

<b>Você vivencia sofrimento no trabalho desenvolvido no CAPS ad de Sobradinho? Como?</b>
<b>Categoria A – Falta de Conhecimento para Atuar no Serviço</b>
Discurso do Sujeito Coletivo
A vivência de sofrimento aparece quando a gente chega e não sabe como desempenhar o papel. Às vezes, eu acho que a equipe é nova, isso ajudou por um lado, a gente se uniu e vamos ver como a gente vai fazer aqui, <i>know how</i> disso daqui. Vamos fazer do nosso jeito. Mas por a equipe ser nova, também carece um pouco de um, às vezes, um conhecimento a mais de como, ‘como é que você fazia lá? Vamos ver se dá certo aqui?’ Tem um pouco disso, e aí entrou também um pouco de ‘então vamos partir do zero e o que não deu, esquece’. É como eu falei, a equipe muito nova, eu falo de todos, desde a equipe operacional até o gerente, e eu acho que é complicado para ele também, é a primeira experiência dele como gerente. Às vezes, a gente se agarra muito nele e ele também está caindo, porque tem muita gente se segurando nele.
<b>Categoria B – Sobrecarga de Trabalho</b>
Discurso do Sujeito Coletivo
Eu vivo sofrimento quando eu me percebo não conseguindo escutar porque o volume de trabalho é gigantesco. Eu te confesso que nos últimos pacientes eu estou exausta. Tem hora que eu cumpro a tabela e eu acho que isso me causa sofrimento, eu não consegui atender, por exemplo, os pacientes do final da tarde da mesma maneira que eu atendo os da manhã. O excesso de atribuições também traz sofrimento, ter que registrar tudo que a gente faz em vários lugares diferentes, às vezes, a mesma coisa em vários papéis. Evoluir diversas fichas. Aqui é tudo manual ainda, não tem sistema. Também é estressante atender telefone. E ainda tem que arranjar tempo para planejar as oficinas de artesanato, arte e cultura, pois são técnicas que a gente não domina direito e a gente tem que aprender e testar. Outra coisa é que é tanta gente para atender que não dá, às vezes, para oferecer atenção individualizada para aquele que não está vindo no atendimento. Aí, eu já peguei o prontuário para ligar, mas se eu sentar ali e me envolver com outras coisas, pode passar batido e ser esquecido, ninguém vai ligar para saber o que aconteceu com aquele paciente que não está mais vindo. E acaba que a gente tem que fazer coisas que acaba enchendo a gente demais. Coisa que poderia ser outro profissional fazendo para sobrar mais tempo para a gente fazer coisa da gente mesmo, entendeu? Isso é uma sobrecarga que traz sofrimento, estressa. Já fiquei estressada mesmo, ficava irritada muito fácil, imunidade baixa, chorando fácil, deprimida mesmo, ficava doente por

qualquer coisa.
<b>Categoria C – Escassez de Recursos Humanos e Materiais</b>
Discurso do Sujeito Coletivo
<p>O sofrimento se dá por se sentir impotente em resolver algumas questões. Eu faço um esforço, motivo o paciente para trazer para cá (para o serviço), mas no dia seguinte ele vem e não tem mais acolhimento aquele dia devido uma capacidade instalada. Gera sofrimento, assim, a falta de recursos e de estrutura da Secretaria de Saúde, às vezes, você quer fazer uma coisa e não sai, a gente até brinca que o CAPS ad é muito reflexo da clientela, afinal usuário de droga é meio excluído mesmo. Então, a gente acaba sem muitos olhares, e é o último dos pedaços do que tem de recurso. Então, ao mesmo tempo que você quer ajudar, mas não dá pela falta de recurso. O paciente tem risco de suicídio, mas o telefone está mudo ou não liga para celular e o paciente só tem celular. E aí você fica frustrada, não é? Ou quando os pacientes vêm e já acabou o lanche e eles falam que estão com fome, mas acabou. É muito difícil, envolve muita questão política. Por exemplo, um profissional que vai vir para o CAPS ad chega no hospital e o hospital pega. Temos só três técnicos de enfermagem para fazer o serviço de recepção, atender telefone, marcar e remarcar consulta, organizar prontuário e a agenda dos profissionais. A gente precisaria de muito mais ajuda nisso. Existe também escassez de recursos materiais, como dois bebedouros que a gente solicitou, mas acabou ficando no hospital. Mas não tem condições e isso é muito frustrante pra mim. Não fica um trabalho 100%. Ai, eu estou focando mais de fazer um grupo perfeito.</p>
<b>Categoria D – Ausência de Prescrito que Oriente o Serviço</b>
Discurso do Sujeito Coletivo
<p>As principais vivências de sofrimento acontecem porque o serviço não tem uma organização estruturada, por ser um serviço novo. Aí fica muita coisa que ninguém sabe quem é que faz. Tem gente que acha que tem que ser de um jeito, tem gente que discorda, e aí, às vezes, gera conflitos entre a equipe. Outra coisa é como fazer o serviço, pois não tem protocolo. Outra angústia é decorrente de não saber avaliar a resolubilidade do trabalho. Então, por exemplo, assim, eu gostaria de saber qual o fim dos pacientes que eu atendi: morreu, mudou de cidade, recaiu, abandonou o tratamento, está bem, enfim, o que aconteceu com o paciente. Então, hoje, a gente não tem uma forma de medir isso, de avaliar. Eu acho também que os profissionais que trabalham no CAPS ad, assim, eles não sabem, por exemplo, o que o seu colega no serviço faz e como você vai fazer um trabalho em equipe se o outro não sabe o que você faz, não é? Por exemplo, eu encaminhar um paciente para fazer teste vocacional, que é um tipo de atendimento que não existe aqui. Eu acho que falta um pouco de conhecimento, divulgar um pouco o que cada profissional faz e as regras do serviço. Isso é presente na maior parte das equipes de saúde e aqui também.</p>
<b>Categoria E – Tipo de Demanda do CAPS ad</b>
Discurso do Sujeito Coletivo

No serviço do CAPS ad a gente tem que lidar com muita frustração. Então, isso, às vezes, gera algum sofrimento mesmo, mas isso é característico do tipo de atendimento prestado. E, aí, assim, para mim, que já passei vários momentos aqui, tiveram momentos de muita satisfação, de querer vir para o trabalho, de empolgação e querer fazer e resolver, mas também teve muitos de frustração e de desânimo mesmo, assim, de eu não querer vir para o CAPS ad. Um momento de sofrimento, muito claramente, é o grupo de famílias, pois a gente fica muito perto do sofrimento das mães, das namoradas, dos filhos e dos usuários. São muitas histórias tristes. Outra coisa que é fonte de sofrimento é que faltam muito pacientes e, assim, fica aquela coisa da gente pensar ‘o que eu fiz de errado?’ ‘Por que o paciente não veio?’.

As vivências de sofrimento sinalizadas pelos profissionais de saúde são evidenciadas nas cinco categorias elaboradas a partir das narrativas dos participantes, a saber: Categoria A – Falta de Conhecimento para Atuar no Serviço; Categoria B – Sobrecarga de Trabalho; Categoria C – Escassez de Recursos Humanos e Materiais; Categoria D – Ausência de Prescrito que Oriente o Serviço; Categoria E – Tipo de Demanda do CAPS ad. As cinco categorias sinalizam que os profissionais de saúde vivenciam sofrimento devido à falta de conhecimento para atuar no serviço, à grande demanda de trabalho, à escassez de recursos humanos e materiais do CAPS ad, à ausência de prescrito que oriente na realização da atividade e ao tipo de demanda atendida pelo CAPS ad.

Na Categoria A (Falta de Conhecimento para Atuar no Serviço), os profissionais de saúde destacam o sofrimento advindo da falta de formação para atuar no serviço, como demonstra o trecho: “A vivência de sofrimento aparece quando a gente chega e não sabe como desempenhar o papel”. Ao que foi exposto corrobora Santos (2009), que em estudo com profissionais de CAPS do DF encontrou vivência de sofrimento associada à dificuldade de realizar atividades de trabalho, como diagnosticar sinais no acolhimento, encaminhar paciente, trabalhar com retorno e com pessoas egressas de internação.

O sofrimento se exacerba ainda mais devido à inexperiência dos membros que compõem a equipe, que é formada por pessoas recém-chegadas ao serviço e algumas com pouca prática e vivência na Saúde Mental “... por a equipe ser nova também carece um pouco de um, às vezes, um conhecimento a mais de como, ‘como é que você fazia lá?’”. Santos (2009) reafirma o conteúdo da Categoria A, apontando a necessidade de investir em programas de capacitação exclusivos aos profissionais que atuam na Saúde Mental, em especial aqueles recém-chegados ao serviço. Tal ação pode auxiliar no manejo de dificuldades no agir com o usuário e na integração com a equipe. Além de um processo de capacitação voltado à formação profissional vale investir em ações que valorizem a experiência do profissional e o seu saber-fazer, pois como destaca o estudo de Silva (2007), a formação em saúde ultrapassa a técnica e advém da experiência de vida, e não do ensino formal, pois um atendimento meramente técnico pode trazer prejuízos ao usuário, por não se sentir

acolhido no seu sofrimento, e ao profissional, por sofrer ao não conseguir acolher o sofrimento do usuário.

Essa falta de conhecimento para atuar no serviço afeta tanto o usuário quanto o profissional de saúde, que convive com sofrimento. Estudos realizados com a categoria profissionais de Saúde Mental apontam vivências de sofrimento associadas à gravidade e a complexidade dos casos de psicose, à insegurança do diagnóstico de pacientes psicóticos que fazem uso de substâncias químicas. Assim, o sofrimento dos profissionais se estabelece no campo do somático, sendo manifestado por meio de várias doenças que geram faltas ao trabalho e apresentação de atestados médicos (Martinhago & Oliveira, 2012; Vasconcellos & Azevedo, 2010; Ferrer, 2007).

Nessa perspectiva, merece destaque o estudo de Vasconcellos e Azevedo (2010), que descreve o sofrimento dos profissionais de saúde frente à responsabilidade de concretizar a grandiosa proposta da Reforma Psiquiátrica, de atender às novidades da assistência no serviço e conviver com a formação precária.

É fato que o sofrimento faz parte do ato de trabalhar, entendido enquanto uma experiência penosa e que a imprevisibilidade do real possibilita ao sujeito o encontro com o fracasso no trabalho. No entanto, os profissionais de saúde do CAPS ad, sujeitos desse estudo, não estão convivendo somente com o sofrimento decorrente da imprevisibilidade do real, o que é inevitável em qualquer atividade laboral, mas também com sofrimento decorrente do desconhecimento prévio do atuar no serviço. Ao assumirem o trabalho no CAPS ad, muitos não apresentavam nenhum conhecimento sobre o trabalho em Saúde Mental, o que poderia ser solucionado com um processo de capacitação adequado quando da entrada no serviço.

Na Categoria B (Sobrecarga de Trabalho), os profissionais de saúde apontam que a grande demanda de atendimentos, por vezes, impede o oferecimento de um atendimento de qualidade aos usuários, o que gera sofrimento aos profissionais de saúde, como exemplificado no trecho: “Tem hora que eu cumpro a tabela e eu acho que isso me causa sofrimento, eu não consegui atender, por exemplo, os pacientes do final da tarde da mesma maneira que eu atendo os da manhã”. Campos (2005) corrobora os achados deste estudo ao encontrar que os profissionais de saúde do CAPS assinalam como vivência de sofrimento a convivência com altas demandas de trabalho em um pequeno intervalo de tempo, as longas jornadas de trabalho, as precárias condições físicas e materiais para realizar o atendimento, além da reduzida equipe de trabalho.

Os DSC que representam a categoria da sobrecarga apresentam que o cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde investigados é marcado por excessivas demandas, como mostra o trecho: “O excesso de atribuições também traz sofrimento, ter que registrar tudo que a gente faz em vários lugares diferentes, às vezes, a mesma coisa em vários papéis. Evoluir diversas fichas. Aqui é tudo manual ainda, não tem sistema. Também é estressante atender telefone”. Tudo isso dificulta a mobilização subjetiva do trabalhador e, por conseguinte, a ressignificação do sofrimento psíquico.

Essa precarização da organização do trabalho leva os profissionais a construírem estratégias para enfrentar o sofrimento advindo do contexto de trabalho, e tais estratégias podem ser de adaptação, proteção e negação (Mendes, 2007a).

Os trabalhadores investigados nesse estudo vêm utilizando as estratégias de adaptação e de exploração, que são frutos da negação do sofrimento e da submissão do desejo da produção, como pode ser verificado no trecho: “Eu vivo sofrimento quando eu me percebo não conseguindo escutar porque o volume de trabalho é gigantesco”. Esse trecho do DSC denuncia a negação do sofrimento, pois os profissionais descrevem o que lhes causa sofrimento, mas não vão atrás de mudanças e continuam tentando realizar o gigantesco número de atendimentos. Podemos verificar também a submissão do desejo da produção, pois os profissionais de saúde, mesmo sabendo que não estão conseguindo fornecer uma escuta adequada aos pacientes, continuam atendendo às demandas da organização do trabalho como se estivessem funcionando no automático. Vale destacar Mendes (2007a), que aponta que as estratégias defensivas se tornam preocupantes na medida em que os sujeitos perdem seus modos próprios de pensar, sentir e agir para atender aos interesses da organização. Tudo isso pode levar, como destaca Ferreira (2007), ao desenvolvimento da patologia da sobrecarga, que ocorre quando o volume de trabalho extrapola a capacidade humana.

Na Categoria C (Escassez de Recursos Humanos e Materiais), os profissionais de saúde destacam que o número reduzido de profissionais para atender à demanda, bem como a falta de recursos materiais do CAPS ad, dificulta o desenvolvimento das atividades do serviço, como pode ser verificado no trecho: “Gera sofrimento, assim, a falta de recursos e de estrutura da Secretaria de Saúde, às vezes você quer fazer uma coisa e não sai, a gente até brinca que o CAPS ad é muito reflexo da clientela, afinal usuário de droga é meio excluído mesmo”. Assim como no estudo de Vasconcellos & Azevedo (2010), a falta de formação para lidar com demandas em Saúde Mental, a falta de investimento profissional e a exiguidade de recursos do CAPS foram apontadas como geradores de intenso sofrimento.

Partindo do exposto por Silva (2007) e Lima (2004), que destacam que o atendimento psicossocial do CAPS exige profissionais críticos, capazes de refletir sobre as condições socioeconômicas e culturais do contexto em que atuam, bem como da história de vida dos usuários que atendem, e que essa particularidade do atendimento aponta a necessidade de maior disponibilidade por parte do profissional, cujas competências vão além da técnica para o exercício das funções que são exigidas, essa escassez de profissionais e de recursos materiais impede o desenvolvimento do atendimento psicossocial pensado para o CAPS ad. Tudo isso, resulta em frustração e intensifica o sofrimento dos profissionais de saúde do CAPS ad, que se veem impossibilitados em oferecer atendimento de qualidade no serviço, como expresso nos trechos: “O sofrimento se dá por se sentir impotente em resolver algumas questões. Eu faço um esforço, motivo o paciente para trazer para cá (para o serviço), mas no dia seguinte ele vem e não tem mais

acolhimento aquele dia devido uma capacidade instalada” ou ainda no trecho: “Mas não tem condições (materiais) e isso é muito frustrante pra mim. Não fica um trabalho 100%”.

Na Categoria D (Ausência de Prescrito que Oriente o Serviço) os profissionais de saúde assinalam vivências de sofrimento como decorrentes da ausência de prescrito que orientem no desenvolvimento das atividades do CAPS ad, como mostra o trecho “As principais vivências de sofrimento acontecem porque o serviço não tem uma organização estruturada, por ser um serviço novo. Aí fica muita coisa que ninguém sabe quem é que faz”. Esse dado descreve muito bem as dificuldades que os profissionais de saúde vêm enfrentando na implantação do novo modelo de atendimento em Saúde Mental. Nesse sentido, vale destacar que o modelo de atendimento psicossocial vem sendo experimentado na prática pelos profissionais, que o constroem no dia a dia dos serviços de Saúde Mental, tendo como diretrizes os prescritos apontados pelo Ministério da Saúde (Glanzner & Olschowsky, 2011; Santos, 2009).

Essa ausência de prescrito do CAPS ad sinalizada na Categoria D chama atenção pelo fato de as organizações contemporâneas serem marcadas por prescritos rígidos e inflexíveis, normas e regulamentos que devem ser seguidos à risca pelos trabalhadores. Mendes (2007a) coloca que poucas as organizações reconhecem o real do trabalho e buscam transformações gerenciais fundamentadas na experiência prática do trabalhador, em suas sugestões e opiniões acerca da atividade de trabalho. No entanto, tal situação não é verificada no CAPS ad, onde os trabalhadores têm autonomia e liberdade na realização da atividade laboral. No caso do CAPS ad é, justamente, essa ausência total de prescrito que oriente o serviço associada à falta de experiência e formação em Saúde Mental que vêm causando vivências de sofrimento aos profissionais de saúde. Portanto, os resultados desse estudo corroboram Dejours (2005, 2004), que ressalta que seguir à risca o que é prescrito gera sofrimento ao sujeito, assim como a falta do prescrito, das diretrizes de como se trabalhar, torna-se angustiante e acarreta desorientação (Dejours, 2004, 2005).

Na Categoria E (Tipo de Demanda do CAPS ad), os profissionais de saúde destacam vivências de sofrimento decorrentes do tipo de demanda de um CAPS ad como destacado no trecho: “No serviço do CAPS ad a gente tem que lidar com muita frustração. Então, isso, às vezes, gera algum sofrimento mesmo, mas isso é característico do tipo de atendimento prestado”. Essa demanda geradora de sofrimento corrobora Benevides-Pereira (2001), que em estudo com a mesma categoria profissional encontrou que o contato diário com o usuário e suas demandas cheias de dor e sofrimento expõe os profissionais a grande carga emocional e faz emergir vivências de angústia, medo, sofrimento, desamparo e desesperança, semelhante ao que descrevem os profissionais escutados nesse estudo.

O sofrimento advindo do tipo de demanda evidenciado nessa pesquisa corrobora os achados de Santos (2009), que aponta que as atividades desenvolvidas pelos profissionais de Saúde Mental ultrapassam a área específica de atuação e são destinadas a uma clientela singular, de cidadãos periféricos, que sofrem pela falta de emprego, de moradia, de inclusão social, de família,

de limites, de vínculos afetivos, de educação, de símbolos, de sentidos para a vida. O sofrimento encontrado pelo autor no estudo também é vivenciado pelos profissionais de saúde desse CAPS ad investigado, como pode ser verificado no trecho: “Um momento de sofrimento, muito claramente, é o grupo de famílias, pois a gente fica muito perto do sofrimento das mães, das namoradas, dos filhos e dos usuários. São muitas histórias tristes”. Como coloca Campos (2005), todo trabalho tem aspectos positivos e negativos, que vão desde a satisfação pessoal, reconhecimento e identificação com a atividade desempenhada, até o sofrimento. Os profissionais de saúde entrevistados neste estudo descrevem estar constantemente expostos à dor, ao sofrimento e à morte de pessoas doentes. Os profissionais de saúde do CAPS ad também convivem com outras frustrações, como o sentimento de culpa pelo abandono do tratamento e/ou as inúmeras faltas dos pacientes aos atendimentos, como destacado no trecho: “Outra coisa que é fonte de sofrimento é que falta muito pacientes e, assim, fica aquela coisa da gente pensar ‘o que eu fiz de errado?’ ‘Por que o paciente não veio?’”. Tudo isso evidencia a força do vínculo estabelecido com o paciente e o comprometimento desses profissionais com o trabalho.

### **Estratégias Defensivas no Trabalho**

Os profissionais de saúde que atendem no CAPS ad, ao responderem a pergunta “Quais as estratégias que você utiliza para enfrentar o dia a dia de trabalho no CAPS ad de Sobradinho?”, sinalizaram algumas estratégias para enfrentar as adversidades da organização do trabalho. As respostas dos participantes deram origem a quatro categorias, cuja quantidade e porcentagem são expostas na Figura 3.

Cada categoria originou um DSC, os quais são devidamente apresentados na Tabela 6 e discutidos na sequência à luz do referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho e de estudos realizados na interface Trabalho e Saúde.



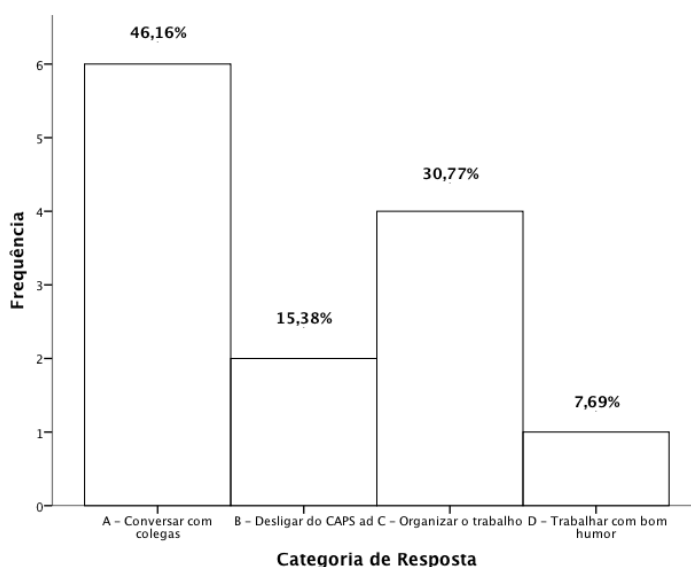


Figura 3. Gráfico de frequência das categorias de resposta para a pergunta estratégias.

Tabela 6

*Discurso do Sujeito Coletivo para Estratégias Defensivas no Trabalho*

<b>Quais as estratégias que você utiliza para enfrentar o dia a dia de trabalho no CAPS ad de Sobradinho?</b>
<b>Categoria A – Conversar com os Colegas</b>
Discurso do Sujeito Coletivo
A primeira estratégia que eu utilizo para enfrentar o dia a dia de trabalho é falar sobre tudo, conversar com os colegas e resolver. Então, eu falo com um ou com outro que tem tempo, aí a gente para e chora junto. Então, falar sobre o tema ajuda, guardar é a pior coisa. Na reunião de quinta-feira é o momento de falar do sofrimento. De ver o que não está dando certo e pensar no que vai fazer. A gente busca soluções e, às vezes, encontra soluções enormes. No momento que você está aflita, você sabe que tem alguém para trocar figurinha. Pra tomar um café, uma água, sabe? Isso eu acho muito legal. Pra mim faz a diferença. Por exemplo, sair para almoçar e conversar. A gente acaba que sai para conversar e quando vê tá falando sobre o trabalho, mas também sobre as nossas vidas. É divertido. Assim, eu comecei a conversar mais com as pessoas, porque antes eu chegava e ficava trabalhando o tempo todo, mas agora quando eu tenho algum tempo livre e tem alguém na sala ou na copa conversando eu já fico lá. Tento entrar nas conversas, falar de mim também, compartilhar mais as coisas que acontecem comigo. Interagir, falar do paciente, quando tem alguma coisa que me incomoda, eu falo mesmo, aí isso ajuda muito no trabalho e alivia as angústias. Outra coisa que me ajuda também é o gerente, que é muito acessível e me dá o maior apoio. A gente conversa bastante.

<b>Categoria B – Desligar do CAPS ad</b>
Discurso do Sujeito Coletivo
Eu uso muito a estratégia de desligar. Eu saio daqui (do CAPS ad) e falo: deixei o CAPS ad lá. Aí, até nas coisas que fica pra resolver eu tento desligar mesmo. Falo pra mim que não quero pensar nisso, deixa pra lá. Amanhã eu penso. Eu também busco outros recursos fora daqui, como fazer atividade física e ter acompanhamento terapêutico.
<b>Categoria C – Organizar o Trabalho</b>
Discurso do Sujeito Coletivo
Uma estratégia que eu utilizo para enfrentar o dia a dia de trabalho é não ficar à toa. Se eu não tenho o que fazer, eu tento achar alguma coisa. Eu programei minha jornada de trabalho aqui e eu deixo, por exemplo, a sexta à tarde para fazer busca ativa dos pacientes que não estão vindo. Eu telefono, eu procuro. Isso me motiva, vai além do atendimento. Outra estratégia é não facilitar grupo terapêutico sozinha. É horrível, a gente fica doida. Tem uma coisa de intervenção de cada área e eu não tenho como dar conta de tudo. Só o que me compete. Pensar sobre uma solução para os problemas de falta de organização daqui também é uma estratégia que eu utilizo. Eu estou sempre pensando um jeito de melhorar o trabalho, aí eu falo na reunião, proponho melhorias. Tento colaborar para organizar mais o serviço. Para não esquecer as coisas, utilizo a estratégia de colocar papelzinho na porta do meu armário ou também anotar na agenda. Para, assim, não deixar o tempo engolir as coisas que eu tenho que fazer como, por exemplo, ligar para um paciente que faltou ao grupo ou preencher prontuários.
<b>Categoria D –Trabalhar com Bom Humor</b>
Discurso do Sujeito Coletivo
Como estratégia para enfrentar o dia a dia de trabalho, eu busco, sei lá, trabalhar com mais bom humor, a gente brinca, conta piada o tempo todo, até para lidar um pouco com as demandas do serviço, que são sempre muito pesadas. E isso eu acho legal aqui, a gente ri bastante, se diverte um com o outro.

As estratégias defensivas utilizadas pelos profissionais de saúde do CAPS ad são evidenciadas nas quatro categorias elaboradas a partir das narrativas dos participantes, a saber: Categoria A (Conversar com os Colegas), Categoria B (Atividade Extra CAPS) Categoria C (Organizar o Trabalho) e Categoria D (Trabalhar com Bom Humor). As quatro categorias sinalizam que os profissionais de saúde utilizam o diálogo com os colegas de trabalho, atividades realizadas fora do CAPS ad, organização das demandas de trabalho e realizar as atividades com humor como estratégias para enfrentar a realidade de trabalho.

A Categoria A (Conversar com os Colegas) apresenta uma das reações dos trabalhadores para enfrentar a realidade de trabalho que consiste em conversar com os colegas de trabalho sobre

as demandas do CAPS ad e todas as outras situações vivenciadas no serviço como verificado no trecho “A primeira estratégia que eu utilizo para enfrentar o dia a dia de trabalho é falar sobre tudo, conversar com os colegas e resolver. Então, eu falo com um ou com outro que tem tempo, aí a gente para e chora junto”. Como é sabido, o trabalho em saúde é marcado por situações inesperadas e os profissionais convivem com diversas demandas que geram sofrimento. Em contrapartida, na equipe de trabalho do CAPS ad prevalece a solidariedade e a cooperação e se verifica uma relação marcada por acolhimento e escuta tanto nas reuniões de equipe quanto no dia a dia do serviço. Como destaca Mendes et al. (2002), quando um coletivo de trabalho é marcado por solidariedade, confiança e cooperação, espaço público de fala e promessa de equidade, favorece a dinâmica do reconhecimento, do investimento no trabalho, e, assim, a aproximação do prazer e da realização no trabalho. A fala “Na reunião de quinta-feira é o momento de falar do sofrimento. De ver o que não está dando certo e pensar no que vai fazer. A gente busca soluções e, às vezes, encontra soluções enormes” confirma que os profissionais de saúde do CAPS ad vêm lançando mão da estratégia defensiva de mobilização coletiva que, para ocorrer, exige espaço público de discussão representada pelas reuniões de equipe e cooperação e pela solidariedade estabelecida entre os colegas de trabalho (Ferreira & Mendes, 2003).

A fala dos profissionais na Categoria A (Conversar com os Colegas) fortalece Mendes (2007b), que destaca que a reação dos trabalhadores e a postura da organização do trabalho podem fortalecer a estrutura psíquica ou resultar em patologias. No caso do CAPS ad investigado, o ambiente e a equipe de trabalho vêm favorecendo a estrutura psíquica dos profissionais, além de auxiliar no processo de trabalho, como pode ser verificado no trecho: “Interagir, falar do paciente quando tem alguma coisa que me incomoda, eu falo mesmo, aí isso ajuda muito no trabalho e alivia as angústias”. Tal situação corrobora Mendes et al. (2003) que apontam que o sofrimento em si não é patológico e pode funcionar como um sinal de alerta para os trabalhadores que não conseguem utilizar estratégias para dar conta das adversidades da organização do trabalho.

Já na Categoria B (Desligar do CAPS ad), os profissionais de saúde reconhecem as adversidades da organização do trabalho e o sofrimento, por vezes, vivenciado, e apontam como estratégia para enfrentar o cotidiano a ação de desligar do trabalho quando finalizam o expediente, como verificado na fala “Eu uso muito a estratégia de desligar. Eu saio daqui (do CAPS ad) e falo: deixei o CAPS ad lá. Aí, até nas coisas que fica pra resolver eu tento desligar mesmo”. A atitude dos profissionais investigados reafirma Mendes et al. (2002), que apontam que

Uma das formas do 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 (p. 33).

Ainda nessa mesma categoria, podemos verificar o uso da estratégia defensiva de proteção como forma de enfrentar a dura realidade, o que também é expresso no trecho “Falo pra mim que não quero pensar nisso, deixa pra lá. Amanhã eu penso”. Os profissionais de saúde do CAPS ad, ao utilizarem a referida estratégia, buscam modos de pensar, sentir e agir compensatórios para suportar o sofrimento. O uso de tal estratégia evita o adoecimento dos profissionais de saúde, uma vez que há a alienação do sofrimento, ou seja, não há nenhuma reação sobre a organização do trabalho, o que, por conseguinte, mantém inalterada a situação vigente (Mendes, 2007a).

Na Categoria C (Organizar o Trabalho), os profissionais de saúde relatam que utilizam como estratégia defensiva manter a cabeça sempre ocupada com alguma demanda de trabalho, como demonstra o trecho “Uma estratégia que eu utilizo para enfrentar o dia a dia de trabalho é não ficar à toa. Se eu não tenho o que fazer, eu tento achar alguma coisa”. Tudo isso faz lembrar Dejours (2004), que aponta que o ato de trabalhar está relacionado à capacidade de pensar, interpretar, sentir, inventar e reagir às situações apresentadas no cotidiano. Assim, os profissionais de saúde do CAPS ad procuram controlar a ansiedade decorrente das contradições do contexto de trabalho investindo no pensar e agir sobre o trabalho, na organização dos processos de trabalho. Tal atitude se faz preocupante quando os profissionais passam a utilizar de estratégias mais defensivas do que voltadas a mudanças na organização de trabalho e passam a ser explorados e direcionados a atender o desejo de produção das organizações (Mendes, 2007a). No entanto, não é o que parece acontecer no CAPS ad, uma vez que os profissionais se organizam em espaços de discussão que oportunizam a reflexão sobre o trabalho, têm autonomia e liberdade para criar e discutir os processos de trabalho, além de serem ligados por vínculos de cooperação e solidariedade.

Na Categoria D (Trabalhar com Bom Humor), os profissionais usam do humor e da descontração para enfrentar o dia a dia de trabalho e as demandas pesadas trazidas pelos usuários do serviço, como pode ser verificado no trecho: “Como estratégia para enfrentar o dia a dia de trabalho, eu busco, sei lá, trabalhar com mais bom humor, a gente brinca, conta piada o tempo todo, até para lidar um pouco com as demandas do serviço, que são sempre muito pesadas”. Tudo isso, leva à reflexão sobre as contradições que marcam o trabalho e que levam os profissionais à dualidade prazer e sofrimento e a luta constante pelo prazer e evitação do sofrimento (Mendes et al., 2002).

### **Educação Permanente em Saúde**

Os profissionais de saúde que atendem no CAPS ad, ao responderem a pergunta “Como acontece a Educação Permanente em Saúde no CAPS ad?”, apontaram como vêm sendo realizadas as ações de Educação Permanente em Saúde e outras considerações sobre o processo de capacitação disponibilizada aos profissionais da Saúde Mental. As respostas dos participantes deram origem a quatro categorias, cuja quantidade e porcentagem são expostas na Figura 4.

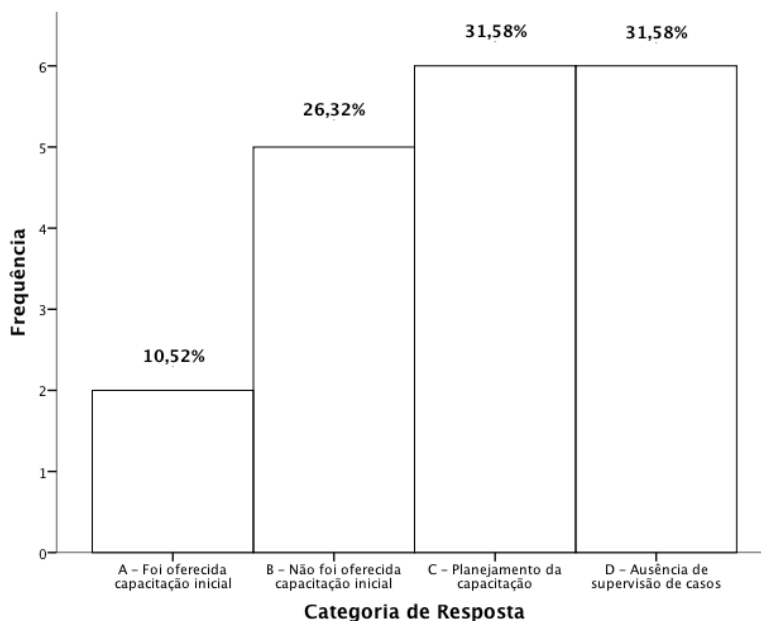


Figura 4. Gráfico de frequência de respostas para a pergunta Educação Permanente em Saúde.

Cada categoria originou um Discurso do Sujeito Coletivo, os quais são devidamente apresentados na Tabela 7 e discutidos na sequência à luz do referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho e de estudos realizados na interface Trabalho e Saúde.

Tabela 7

*Discurso do Sujeito Coletivo para Educação Permanente em Saúde no CAPS ad*

<b>Como acontece a Educação Permanente em Saúde no CAPS ad?</b>
<b>Categoria A – Capacitação Inicial</b>
Discurso do Sujeito Coletivo
Quando eu entrei, a Secretaria de Saúde fez uma capacitação geral sobre Saúde Mental para quem estava chegando. Eu entendo que isso já entra na Educação Permanente em Saúde, né? Foi uma semana de adaptação, de treinamento, não específico com o trabalho de álcool e drogas. Foi mais para falar sobre o funcionamento da Secretaria. Teve um momento da saúde como um todo e teve outro momento que o Doutor Augusto César, que é o nosso Diretor de Saúde mental, conversou sobre a Reforma Psiquiátrica, sobre a Saúde Mental em Brasília. Na verdade, ele falou tudo que eu havia estudado no concurso, não teve muita novidade. Eu gostei do curso, mas tem vantagens e desvantagens, né? Porque na parte que se fala da política, se mantém um discurso, às vezes, muito idealista, muito utópico, parece que não sabe o que está acontecendo na realidade. E isso é muito ruim. Aí você fica cansada, você houve o que acontece, parece que está muito legal, mas só no papel.

<b>Categoria B – Não Foi Oferecida Capacitação</b>
Discurso do Sujeito Coletivo
<p>Quando eu entrei aqui, ninguém sequer me passou alguma coisa sobre o trabalho, não houve capacitação, preparo, nada. Tudo que eu corri foi por fora. Aqui, se você quer, você vai atrás, se você não for atrás, ninguém vem saber se você está bem ou não. A pessoa que me trouxe aqui nunca mais ligou para saber se eu estava bem, se eu precisava de alguma coisa. A Secretaria deixa muito a desejar em relação à Educação Permanente em Saúde. Não tem nenhuma capacitação específica, nenhum direcionamento, nenhuma pessoa que você possa recorrer para tirar dúvidas sobre o trabalho no serviço. No início foi meio que se vira nos trinta, fui conhecendo os grupos da unidade como o CAPS ad do Guará, comprando livros de referência em Saúde Mental, conversando com pessoas que conhecem o serviço, indo atrás mesmo. Agora capacitação formal da Secretaria não teve. Eu acho que falta mesmo capacitação para quem está chegando, pois eu caí de paraquedas no serviço.</p>
<b>Categoria C – Planejamento da Capacitação</b>
Discurso do Sujeito Coletivo
<p>Às vezes aparecem uns cursos. No segundo semestre do ano passado teve um curso com momentos interessantes de apresentação e discussão de casos e outros, assim, bem políticos. Apesar de não ter tido muita mobilização e divulgação desse curso, o grupo começou grande, mas no final murcho. Acho que por conta da organização do curso que deixou a desejar no planejamento das atividades, pois não havia tempo para discussão dos casos apresentados. Eu acho que o que vale é a hora que você senta e discute. Eu acho que seria legal montar um curso a partir das necessidades da prática dos serviços. Junto com a gente, porque a gente também tem noção. E, aí, de tempos em tempos, a gente fazer pedidos de treinamento de acordo com as necessidades que forem surgindo. Outra questão é o matriciamento, a educação entre a gente, intercâmbio de serviços. Também seria interessante cursos que estimulassem mais o trabalho em rede, com os centros de saúde. Cursos que misturassem um pouco o serviço e os profissionais. Por que não tem isso na Faculdade, lá a gente aprende separado, mas chega aqui e a gente tem que fazer tudo junto, né? Por exemplo, um grupo de estudo ia ajudar muito a gente a entender o serviço como um todo, compreender o que o colega faz exatamente. Outra questão importante é a divulgação dos cursos a avaliação deles, ver o que tá dando certo e o que não está dando certo e o que precisa ser melhorado.</p>
<b>Categoria D – Ausência de Supervisão</b>
Discurso do Sujeito Coletivo
<p>Tem uma coisa que deveria existir que eu entendo que é de Educação Permanente, que é a questão da supervisão técnica constante. Supervisão para a discussão dos casos é fundamental para que o serviço aconteça. Desde que eu entrei aqui, a gente pede a supervisão, mas até</p>

agora nada. A supervisão é imprescindível, pois permite o olhar externo, permite que a gente possa se enxergar, se avaliar para poder aprimorar. Para isso, a supervisão tem que vir de fora, não é de quem está dentro da casa. A supervisão em serviço tem que ser no serviço. Eu sinto muita falta de supervisão, que é uma coisa que desde que eu entrei a gente reivindica. Há uns anos a gente bancou uma supervisora e depois houve uma solicitação do CAPS ad para a Secretaria, teve processo, mas até agora nada. A supervisão faz uma falta gigantesca, a equipe sofre, adocece. Às vezes, a gente se vê entrando transferencialmente numa relação com o paciente, relação que não é de cuidado, não é técnica. A gente discute os casos na reunião, mas com a supervisão é diferente, você tem alguém de fora que não está aqui no dia a dia. Então, se você tem alguém de fora discutindo o caso com você, acaba que você o vê com outros olhos. Do contrário, acaba caindo na mesmice.

As questões relacionadas à Educação Permanente em Saúde no CAPS apontadas pelos profissionais de saúde são evidenciadas nas cinco categorias elaboradas a partir das narrativas dos participantes, a saber: Categoria A – Capacitação Inicial; Categoria B – Não Foi Oferecida Capacitação; Categoria C – Planejamento da Capacitação; Categoria D – Ausência de Supervisão e Categoria E – Capacitação é por Conta Própria. As cinco categorias sinalizam como se deu a capacitação quando da chegada ao serviço, como são planejadas as ações de capacitação destinadas ao CAPS ad, a inexistência de supervisão institucional e de incentivo à capacitação.

Na Categoria A (Capacitação Inicial), apenas dois profissionais apontaram terem tido oportunidade de capacitação quando entraram no serviço, no entanto tais profissionais sinalizaram a falta de direcionamento da capacitação, que foi superficial e não focou nas particularidades do serviço realizado no CAPS ad, como pode ser verificado no trecho: “Foi uma semana de adaptação, de treinamento, não específico com o trabalho de álcool e drogas. Foi mais para falar sobre o funcionamento da Secretaria. Teve um momento da saúde como um todo e teve outro momento... sobre a Reforma Psiquiátrica, sobre a Saúde Mental em Brasília”. Na referida categoria, os profissionais de saúde apontam a inexistência de uma capacitação que prepare os profissionais para atuarem no atendimento psicossocial exigido no CAPS ad.

Ainda na Categoria A (Capacitação inicial) é sinalizado o distanciamento entre ensino e serviço, pois o discurso que prevalece no curso oferecido aos profissionais não se aproxima da prática cotidiana do serviço, mostrando-se idealista, termo utilizado pelos próprios profissionais “Eu gostei do curso, mas tem vantagens e desvantagens, né? Porque na parte que se fala da política, se mantém um discurso, às vezes, muito idealista, muito utópico, parece que não sabe o que está acontecendo na realidade”. Essa fala dos profissionais afirma a necessidade de se considerar a integração ensino-serviço quando da elaboração das ações de capacitação em saúde, pois só assim será possível realizar a Educação Permanente preconizada na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde que destaca a necessidade de ações pautadas na aprendizagem-trabalho, ou

seja, em um processo de ensino-aprendizagem advindo do cotidiano das pessoas e da organização. Ações educativas que partam de problemas enfrentados na realidade e levem em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm.

Na Categoria B (Não Foi Oferecida Capacitação), três profissionais sinalizam não ter sido oferecida capacitação inicial quando entraram no serviço do CAPS ad, como apontado no trecho: “Quando eu entrei aqui, ninguém sequer me passou alguma coisa sobre o trabalho, não houve capacitação, preparo, nada”. Tais profissionais relatam a falta de preparo para receber os novatos no serviço, aos quais não foi destinada nenhuma atenção e cuidado especial. Os profissionais novatos precisam buscar orientações por conta própria: “Tudo que eu corri foi por fora. Aqui, se você quer, você vai atrás, se você não for atrás, ninguém vem saber se você está bem ou não”. É forte o relato de abandono, a falta de orientação e profissionais a quem se possa recorrer e tirar dúvidas quanto à atuação no serviço: “A pessoa que me trouxe aqui nunca mais ligou para saber se eu estava bem, se eu precisava de alguma coisa”. Além disso, os profissionais denunciam a falta de investimento em Educação Permanente em Saúde: “... a Secretaria de Saúde deixa muito a desejar em relação à Educação Permanente em Saúde...”. Essas narrativas se aproximam ao achado por Silva (2007), que aponta insegurança no agir com o usuário e no processo de integração com a equipe do serviço como fruto de déficit de capacitação para os profissionais recém-chegados no serviço e sem nenhuma experiência em atendimento em Saúde Mental.

Na Categoria C (Planejamento da capacitação), os profissionais de saúde apontam que quando ocorre alguma ação em Educação Permanente em Saúde faltam divulgação e mobilização dos profissionais, como pode ser observado no trecho: “Apesar de não ter tido muita mobilização e divulgação desse curso, o grupo começou grande, mas no final murchou”, ou ainda sinalizam a necessidade de melhor planejamento das ações de educação em saúde disponibilizadas aos profissionais: “Acho que por conta da organização do curso que deixou a desejar no planejamento das atividades, pois não havia tempo para discussão dos casos apresentados”. Silva (2007), em estudo com a mesma categoria, num CAPS de Goiás, apontou a inexistência de programas e vivências relacionadas à Saúde Mental do trabalhador, como espaços que sejam adequados às discussões e que possibilitem apreender os sentimentos envolvidos nos casos atendidos. O relato dos profissionais de saúde evidencia que as ações em educação em saúde ainda estão pautadas no modelo tradicional, que visa à atualização de saberes requerida pelos avanços técnico-científicos, em que a aprendizagem é proposta como transmissão de conteúdos, centrados exclusivamente nos conhecimentos científicos. Essa falta de espaço para discussão relatada pelos profissionais vai de encontro com o conceito de educação permanente, no qual o processo de aprendizagem requer que se trabalhe com elementos que produzam sentido para os atores envolvidos, assim como que possibilite criar novos sentidos e recriar relações (Merhy et al., 2006). Tais cursos que não abrem espaços para os profissionais discutirem as práticas dos serviços inviabilizam a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que entende que as mudanças nas práticas profissionais são



fruto da reflexão crítica das práticas realizadas pelos profissionais que atuam no serviço (MS, 2004). Assim, o Colegiado de Gestão Regional responsável pela condução da Educação Permanente em Saúde precisa avaliar o PAREPS, ou seja, as ações de educação em saúde, uma vez que não estão atendendo às necessidades do serviço do CAPS ad.

Ainda na Categoria C (Planejamento da Capacitação) podemos observar a sabedoria dos trabalhadores sobre o que é Educação Permanente em Saúde no momento em que apontam a necessidade de se considerar o protagonismo dos profissionais do serviço quando da elaboração de ações em educação em saúde, as quais, segundo os profissionais, devem ser elaboradas junto com os profissionais, como muito bem destacado no trecho: “Eu acho que seria legal montar um curso a partir das necessidades da prática dos serviços. Junto com a gente, porque a gente também tem noção”. A narrativa dos sujeitos corroboram Ceccim (2005) e Moraes (2012), que apontam que a Educação Permanente em Saúde busca agregar, articular e colocar em roda/rede diferentes atores com o intuito de colocá-los em situação de protagonismo na condução dos seus locais de serviço. Na mesma perspectiva está Haddad et al. (1990) que reforça a capacidade humana de criar conhecimento a partir das situações reais de trabalho, entendendo o processo de trabalho como eixo central da aprendizagem.

Vale ressaltar que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde não entende a educação permanente enquanto oferta de cursos e/ou projetos isolados, mas sim defende o envolvimento permanente dos trabalhadores com os processos educacionais em saúde (MS, 2005b). E é justamente essa a reivindicação que aparece no discurso dos profissionais de saúde do CAPS ad investigado.

Os profissionais também apontam na Categoria C (Planejamento da Capacitação) a necessidade de maior investimento em ações voltadas para a capacitação no trabalho em rede, na integração dos serviços, no intercâmbio entre profissionais, uma vez que para a eficácia do atendimento psicossocial disponibilizado pelo CAPS ad faz-se necessária a parceria de outros serviços da rede, como destacado no trecho: “Cursos que misturassem um pouco o serviço e os profissionais. Por que não tem isso na Faculdade, lá a gente aprende separado, mas chega aqui e a gente tem que fazer tudo junto, né?”. Verifica-se que o CAPS ad vem recebendo capacitações pautadas na Educação Continuada e não na Educação Permanente, uma vez que os profissionais são convidados a participar de cursos pré-montados, ou seja, que não são construídos necessariamente a partir das necessidades do serviço e das demandas dos profissionais. A narrativa sinaliza a ineficiência do CAPS ad investigado, que não vem focando em ações voltadas para trabalhar junto, visando integração dos serviços e do tão desejado trabalho em rede. A fala dos profissionais de saúde aponta a ineficácia do modelo de Educação Continuada, o que reafirma Ribeiro e Motta (1996), que questionam a eficácia de tal modelo e sua real capacidade de modificar os processos e relações de trabalho, uma vez que na prática a teoria é outra e os profissionais não são capacitados a partir das questões que acontecem no cotidiano, são elevados, portanto, ao

paraíso do “como deveria ser”, e no retorno aos serviços se veem confrontados com a impossibilidade de aplicação do conhecimento adquirido. Situação que vem sendo experienciada pelos profissionais escutados nesse estudo.

Na Categoria D (Ausência de Supervisão) os profissionais de saúde entendem a prática da supervisão institucional enquanto uma ação de Educação Permanente em Saúde, sendo que seis dos oito profissionais investigados apontam a necessidade deste tipo de supervisão, pois acreditam ser fundamental para auxiliar no serviço do CAPS ad. Vale ressaltar que o Programa de Qualificação do Atendimento e da Gestão dos Centros de Atenção Psicossocial do Ministério da Saúde inclui a supervisão clínico-institucional regular (semanal) para os CAPS. No entanto, os profissionais do CAPS ad investigado apontam a inexistência da supervisão institucional, como apontado na fala: “Eu sinto muita falta de supervisão, que é uma coisa que desde que eu entrei a gente reivindica”. Essa ausência de supervisão clínico-institucional também foi apontada pelos profissionais de um CAPS de Goiás, que reconhecem a supervisão institucional enquanto um espaço voltado ao cuidado de si, o que reflete no cuidado do outro (Silva, 2007), o que corrobora Machado (2006), que aponta que a transformação do modo do trabalho se dá a partir do reconhecimento do cuidado de si, o que pode conduzir o profissional a uma construção da identidade e, portanto, para a autorrealização do cuidado de si e do outro.

Ainda na Categoria D (Ausência de Supervisão), os profissionais apontam que “... a supervisão tem que vir de fora, não é de quem está dentro da casa. A supervisão em serviço tem que ser no serviço...”. O Ministério da Saúde confirma esse trecho, propondo que a supervisão clínico-institucional seja realizada semanalmente por um profissional externo ao CAPS com o objetivo de assessorar, discutir e acompanhar o trabalho desenvolvido pela equipe, o projeto terapêutico do serviço e os individuais do usuário, as questões institucionais e de gestão do CAPS e outras questões relevantes para a qualidade de atenção realizada. Os profissionais clamam por supervisão e o Ministério da Saúde tem um programa de qualificação que inclui essa ação, mas, na prática, segundo os profissionais investigados, a supervisão institucional não é efetivada. Essa relevância da supervisão institucional, de um profissional que discuta e acompanhe a equipe do CAPS ad é confirmada por Guljor (2003), que aponta que na “busca de um modelo que rompesse com o paradigma manicomial, a noção de equipe era determinante” (p. 146).

Nessa perspectiva está Zimmerman (1997), que aponta a importância dos grupos de reflexão, que podem ser entendidos enquanto este espaço de supervisão clínico- institucional apontada pelos profissionais de saúde escutados neste estudo. Tal espaço deve consistir, segundo o referido autor, em um ambiente afetivo e acolhedor, que oportunize o compartilhar de experiências emocionais vivenciadas no cotidiano de trabalho, auxilie no enfrentamento dos conflitos e possibilite a construção de novas condutas no exercício profissional.

A Categoria D (Ausência de Supervisão) demonstra ainda que os profissionais entendem a supervisão enquanto etapa integrante do processo de trabalho do CAPS ad, como identificado no

trecho “Supervisão para a discussão dos casos é fundamental para que o serviço aconteça”. Tudo isso afirma a sabedoria dos profissionais de saúde sobre a importância da supervisão institucional para o trabalho psicossocial, e corrobora Figueiredo (2008), que entende a supervisão enquanto a busca por uma gestão partilhada da clínica, visando auxiliar no enfrentamento das contradições do cotidiano de trabalho coletivo, e enquanto a possibilidade de construção coletiva dos casos, o que resulta em melhorias nos atendimentos. O trecho “A supervisão é imprescindível, pois permite o olhar externo, permite que a gente possa se enxergar, se avaliar para poder aprimorar” reitera o pensamento de Ceccim (2005), que destaca que a educação em saúde não foca a transmissão do conhecimento, mas busca a interação entre os que detêm prática, experiência e conhecimento sobre determinado assunto. Tal interação resulta na influência de um sujeito sobre o outro, possibilitando, assim, a criação de contextos educacionais e, conseqüentemente, transformação nos processos de trabalho (Ceccim, 2005). Ainda na Categoria D (Ausência de Supervisão), o trecho “A supervisão faz uma falta gigantesca, a equipe sofre, adocece. Às vezes, a gente se vê entrando transferencialmente numa relação com o paciente, relação que não é de cuidado, não é técnica” demonstra a importância da supervisão clínico-institucional para a preservação da saúde dos profissionais e também para o oferecimento de um serviço de qualidade ao usuário. Reafirmando o que foi dito, Zimerman (1997) aponta que no espaço da supervisão clínico-institucional os profissionais podem expor suas dificuldades, angústia e preocupações oriundas do trabalho, o que pode ocasionar aprendizado, amadurecimento e segurança para a equipe.

Sobre a importância da supervisão clínico-institucional aos profissionais e ao serviço do CAPS, vale ressaltar a Psicodinâmica do Trabalho, que defende que por meio da fala o sujeito pode ressignificar o sofrimento vivenciado no trabalho. A referida teoria acredita que este espaço de fala deva estar voltado essencialmente à deliberação coletiva, à discussão do trabalho, visando transformações na organização. Lugar onde o sujeito, a partir do ato da palavra, possa expressar sua vivência no trabalho e elaborar, em situação de grupo, uma reflexão sobre a relação entre sofrimento e prazer no trabalho (Dejours, 2005). Da mesma forma, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde explicita, na Portaria 1.174 GM, que a regulamentou, a supervisão clínico-institucional como parte da proposta de qualificação do atendimento e da gestão dos CAPS.

Por fim, a supervisão clínico-institucional, além de favorecer a ressignificação do sofrimento vivenciado pelos profissionais nos espaços de trabalho, colabora para transformações nos processos de trabalho e, conseqüentemente, melhorias no atendimento dispensado ao usuário. Portanto, a inserção de um espaço de fala nas instituições é defendida pela Psicodinâmica do Trabalho e parece atender ao desejo dos profissionais de saúde do CAPS ad investigado.

### **Considerações Finais e Implicações do Estudo**

Este estudo se propôs a analisar as possíveis contribuições das ações de Educação Permanente em Saúde para a compreensão do sofrimento no trabalho dos profissionais de saúde que atuam em um CAPS ad localizado no Distrito Federal. A discussão dos dados, baseada na literatura, constatou que as ações de Educação Permanente em Saúde oportunizada aos profissionais de saúde do CAPS ad investigado não auxiliam na amenização do sofrimento no trabalho.

A capacitação oferecida aos profissionais de saúde que atendem nesse CAPS ad não está fundamentada no conceito de educação permanente, o que pressupõe a transformação da prática do serviço, ou seja, uma aprendizagem significativa com elementos que produzam sentido para os atores envolvidos, assim como que possibilite criar novos sentidos centrados nas relações. Dentre as ações descritas pelos profissionais do CAPS ad não se verificou o formato ascendente de aprendizagem, que caracteriza a educação permanente, a qual entende que, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, podem-se identificar os nós críticos a serem enfrentados na atenção e/ou gestão para, assim, pensar as estratégias e ações para transformar o serviço junto com os profissionais que nele atuam.

Ao contrário, este estudo verificou que as ações educacionais destinadas ao CAPS ad investigado estão fundamentadas no modelo de educação continuada, que pressupõe a aprendizagem como transmissão de conteúdos, centrados no conhecimento. Os resultados deste estudo chamam atenção para a consciência que os profissionais de saúde têm sobre o déficit das ações educativas destinadas ao CAPS ad. Tal modelo não auxilia no trabalho desenvolvido no serviço, pois está baseado no formato tradicional de cursos pré-montados, sendo mais grave ainda o fato de que tais cursos, quando de sua elaboração, não procuram escutar os protagonistas do serviço, ou seja, os profissionais de saúde, fato que distancia o curso oferecido da realidade do cotidiano e dos processos de trabalho praticados, e, conseqüentemente, não acrescenta conhecimento suficiente para transformar a atenção à saúde prestada e a organização do serviço, o que diminui as possibilidades de minimização do sofrimento resultante do não saber ou de insegurança quanto ao saber profissional.

Ainda sobre essa consciência dos profissionais acerca das ações educativas, ou seja, a possibilidade de se criar junto com eles estratégias para melhorar o atendimento e diminuir a insegurança sobre o fazer, os profissionais de saúde apontam a supervisão clínico-institucional como uma ação em Educação Permanente em Saúde. Pensando que tal supervisão consiste em um espaço coletivo de fala, escuta e troca, de onde pode surgir uma série de boas práticas a serem aplicadas no serviço, esta pesquisa aponta a importância da supervisão clínico-institucional e seu

poder de auxiliar na capacitação dos profissionais que atuam no serviço do CAPS ad e, conseqüentemente, melhorar o atendimento oferecido aos usuários.

Portanto, este estudo sinaliza a necessidade de se dar mais voz aos profissionais que atuam no dia a dia do serviço quando do planejamento das ações de educação em saúde. É necessário tratar os profissionais enquanto protagonistas, uma vez que ninguém melhor do que o trabalhador para falar o que é necessário para oferecer um atendimento de qualidade, para oferecer informações fundamentais à construção das ações educacionais.

No estudo realizado, pode-se verificar também que além de os processos de capacitação destinados ao CAPS ad não contribuírem para a amenização do sofrimento advindo do trabalho, eles podem ainda colaborar para sua exacerbação e intensificação, pois dentre os desencadeadores de sofrimento, a falta de conhecimento para atuar no serviço se destaca como uma das causas de vivências de sofrimento no trabalho, em especial para aqueles sem nenhuma experiência no atendimento em Saúde Mental. Sendo assim, esta pesquisa reforça a necessidade de se investir em ações educacionais pautadas na integração ensino-serviço, seguindo o que consta na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde proposta na Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007.

A falta de prescrito que oriente o serviço também foi apontada pelos profissionais investigados como um fator responsável pela vivência de sofrimento no trabalho do CAPS ad. Tal sofrimento poderia ser evitado caso houvesse diretrizes que orientassem a execução das demandas do serviço. Considerando que tais diretrizes devam ser construídas em conjunto com os profissionais do serviço e serem, obrigatoriamente, flexíveis às mudanças, uma vez que todo trabalho é marcado por demandas inesperadas, é importante ressaltar que, para serem solucionadas, exigem autonomia e criatividade dos atores envolvidos. Portanto, este estudo evidenciou também que é fundamental investir na construção de diretrizes que orientem os profissionais do CAPS ad e em processos educativos voltados para os gestores do serviço.

Por outro lado, o estudo contribuiu para o entendimento de que mesmo sem um processo de capacitação adequado à realidade do serviço do CAPS ad, os profissionais que nele atuam continuam preservando a saúde e vivenciando momentos de prazer no trabalho. Alguns fatores como a boa relação com os colegas de trabalho, a liberdade e autonomia para criar, planejar e desenvolver os grupos terapêuticos e o prazer de ver a adesão do paciente ao tratamento e sua conseqüente melhora vêm colaborando para a amenização do sofrimento psíquico dos profissionais de saúde do CAPS ad investigado. Dessa forma, este estudo reforçou a ideia de que um ambiente de trabalho que oportuniza autonomia, liberdade e o uso da criatividade é fundamental para a preservação da saúde e vivências de prazer no trabalho.

Nessa perspectiva, a pesquisa destacou também que algumas estratégias defensivas utilizadas pelos profissionais de saúde, como pensar em formas de organizar o processo de trabalho, ter abertura para conversar com os colegas sobre as demandas do serviço, buscar trabalhar

sempre com bom humor e desligar do trabalho ao final do expediente, facilitam na preservação da saúde e amenizam o sofrimento advindo do trabalho, o que torna tais estratégias defensivas fundamentais para resistir às contradições da organização do trabalho e ao tipo de demanda do serviço em Saúde Mental, de acordo com os resultados obtidos.

Um processo de capacitação adequado à realidade do serviço, que integre ensino-serviço, pode colaborar para a amenização do sofrimento psíquico dos profissionais de saúde que atuam no serviço do CAPS ad, mas, ao mesmo tempo, outros fatores também podem funcionar para preservar a saúde e proporcionar vivências de prazer no trabalho, conforme se verificou entre os profissionais do CAPS ad investigado.

A partir dos achados e da discussão realizada, este estudo destaca alguns pontos que podem contribuir para o desenvolvimento das ações educativas na área da saúde:

- Processos de capacitação fundamentados na educação permanente, e não na educação continuada.
- Investimento no protagonismo dos profissionais que atuam no serviço.
- Construção coletiva das ações educacionais.
- Instituição da supervisão clínico-institucional como ação em Educação Permanente em Saúde.
- Fundamentação de todas as ações educativas na integração ensino-serviço.
- Elaboração de diretrizes que orientem o serviço realizado no CAPS ad.
- Preservação do ambiente de trabalho marcado por autonomia, liberdade e aberto à criatividade.
- Investimento em processos de capacitação para os gestores de saúde.
- Ampliação dos estudos na interface saúde-trabalho.
- Ampliação da discussão sobre Educação Permanente em Saúde na Rede de Atenção Psicossocial.

Por fim, este estudo sugere a realização de mais pesquisas na interface Trabalho e Saúde, em especial nos serviços de Saúde Mental, que partam da perspectiva dos próprios profissionais e que tendam a compreender melhor as diferentes expressões de sofrimento psíquico implicados ou resultantes do trabalho em saúde, pois os poucos estudos na temática foram limitadores desta pesquisa.

## Referências

- Alves, V. S. (2005). Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface – comunicação, saúde e educação*, 9(16), 39-52.
- Amarante, P. D. (1998). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. D. (2005). *Arquivos de Saúde Mental e atenção psicossocial 2*. Rio de Janeiro: Nau.
- Amarante, P. D. (2008). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Antunes, R. (2002). *Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho* (8ª ed.). São Paulo: Cortez.
- Araújo, D., Miranda, M. C. G., & Brasil, S. L. (2007). Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 31(1), 20-31.
- Basaglia, F. (1985). *Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Graal.
- Benevides-Pereira, A. M. T. (2001). *A Saúde Mental dos profissionais de Saúde Mental: Uma investigação de personalidade de psicólogos*. Maringá: Eduem.
- Birman, J. (2008). Criatividade e sublimação em psicanálise. *Psicologia Clínica*, 20(1), 11-26.
- Campos, E. P. (2005). *Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais de saúde*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Carvalho, Y. M., & Ceccim, R. B. (2006). Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In G. W. S. Campos, M.C.S. Minayo, M. Akerman, M. Drumond Jr., & Y.M. Carvalho (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva* (pp. 149-182). São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Ceccim, R. B. (2005). Educação permanente em saúde: Desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 9(16), 161-177.
- Ceccim, R. B. (2007). Invenção da saúde coletiva e do controle social em saúde no Brasil: Nova educação na saúde e novos contornos e potencialidades à cidadania. *Revista de Estudos Universitários*, 33(1), 29-48.
- Ceccim, R. B., & Ferla, A. A. (2008). Educação e saúde: Ensino e cidadania como travessia de fronteira. *Trabalho, Educação e Saúde*, 6(3), 443-456.
- Costa, I. I. (2003). *Adolescência e primeira crise psicótica: problematizando a continuidade entre o sofrimento normal e o psíquico grave*. Recuperado em Janeiro 10, 2013, em [http://psicopatologiafundamental.org/uploads/files/ii\\_congresso\\_internacional/mesas\\_redonda\\_s/ii\\_con.\\_adolescencia\\_e\\_primeira\\_crise\\_psicotica.pdf](http://psicopatologiafundamental.org/uploads/files/ii_congresso_internacional/mesas_redonda_s/ii_con._adolescencia_e_primeira_crise_psicotica.pdf)

- Costa, J. F. (1989). *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico* (4ª ed.). Rio de Janeiro: Xenon.
- Costa, P. P. (2006). *Dos projetos à política pública: reconstruindo a história de educação permanente em saúde*. Dissertação de mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro.
- Creswell, J. W. (2007). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Porto Alegre: Artmed.
- Davini, M. C. (2009). Enfoque, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. Em: *Política nacional de educação permanente em saúde* (Relatório final). Brasília, DF, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde.
- Dejours, C. (1992). Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In J. Chanlat (Org.). *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas* (pp.149-173). São Paulo: Atlas.
- Dejours, C. (1997). *O Fator Humano*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.
- Dejours, C. (2004). Subjetividade, trabalho e ação. *Revista Produção*, 13(3), 27-34.
- Dejours, C. (2005). *O fator humano*. Rio de Janeiro: Editora FGV.
- Dejours, C. (2007). Psicodinâmica do trabalho na pós-modernidade. In A. M. Mendes, S. Lima, & E. P. Facas (Orgs.). *Diálogos em psicodinâmica do trabalho* (pp. 13-26). Brasília: Paralelo 15.
- Delgado, P. G. (2001). Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(12), 4701-4706.
- Desviat, M. (1999). *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Ferreira, J. B. (2007). *Trabalho, sofrimento e patologias sociais: Estudo com trabalhadores bancários e anistiados políticos de uma empresa pública*. Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Brasília. Recuperado em Dezembro 2, 2012, em <http://repositorio.unb.br/handle/10482/1432>
- Ferreira, M. C., & Mendes, A. M. (2003). *Trabalho e riscos de adoecimento: o caso dos auditores fiscais da Previdência Social Brasileira*. Brasília: Edições LPA.
- Ferrer, A. L. (2007). *Sofrimento psíquico dos trabalhadores inseridos nos centros de atenção psicossocial: entre o prazer e a dor de lidar com a loucura*. Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas.
- Feurwerker, L. C. M. (2006). Estratégias atuais para a mudança das profissões de saúde. *Cadernos da Associação Brasileira de Educação Médica*, 2, 78-80.
- Figueiredo, J. A. (2008). *Práticas e processos de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial III: a perspectiva do campo psicossocial*. Dissertação de mestrado, São Paulo, Universidade de São Paulo.



- Glanzner, C., & Olschowsky, A. (2011). O trabalho como fonte de prazer: avaliação da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(3), 716-721.
- Goffman, E. (2003). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- Guljor, A.P.F. (2003). *Os Centros de Atenção Psicossocial: um estudo sobre a transformação do modelo de assistência em Saúde Mental*. Dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Haddad, J., Roschke, M. A., & Davini, M. C. (1990). Proceso de trabajo y educación permanente de personal de salud: reorientación y tendencias en America Latina. *EducMedSalud*, 24(2), 136-204.
- Karam, H. (2003). O sujeito entre a alcoolização e a cidadania: perspectiva clínica do trabalho. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25(3), 468-474.
- Liebscher, P. (1998). Quantity with quality? Teaching quantitative and qualitative methods in LIS Master's program. *Library trends*, 46(4), 668-680.
- Lefevre, F., & Lefevre, A. M. C. (2005). *Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social*. São Paulo: Líber Livro.
- Lefevre, F., & Lefevre, A. M. C. (2012). *Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo* (2ª ed.). Brasília: Líber Livro.
- Lima, M. E. A. (2004). A relação entre distúrbio mental e trabalho: evidências epistemológicas recentes. In W. Codo (Org.). *O trabalho enlouquece? Um encontro entre a clínica e o trabalho* (pp. 139-160). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Luz, M. T. (1991). Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática": Anos 80. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 1(1), 77-96.
- 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, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Martinhago, F., & Oliveira, W. F. (2012). A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II) na perspectiva dos profissionais de Saúde Mental de Santa Catarina. *Saúde em Debate*, 36(95), 583-594.
- Mendes, A. M. (2007a). Novas formas de organização do trabalho, ação dos trabalhadores e patologias sociais. In A. M. Mendes (Org.). *Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas* (pp. 49-61). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mendes, A. M. (2007b). Da psicodinâmica à psicopatologia do trabalho. In A. M. Mendes (Org.). *Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas* (pp. 29-48). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mendes, A. M., Borges, L. O. & Ferreira, M. C. (2002). *Trabalho em transição, saúde em risco*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.

- Merhy, E. E., Feurwerker, L. C. M., & Ceccim, R. B. (2006). Educación permanente en salud: Una estratégia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud Colectiva*, 2(2), 147-160.
- Merlo, A. R. C. (1999). Discursos e sintomas sociais: uma reflexão sobre as relações de Trabalho e Saúde. *Educação, Subjetividade e Poder*, 5(7), 84-91.
- Ministério da Saúde [MS] (1988). *Primeira conferência nacional de Saúde Mental* (relatório final). Brasília, DF: Centro de documentação.
- Ministério da Saúde [MS] (2001). *Portaria GM/MS nº 10.216*. Recuperado em Fevereiro 22, 2013, em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)
- Ministério da Saúde [MS] (2002). *Portaria GM/MS nº 336*. Recuperado em Março 6, 2013, em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>
- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas [MS] (2004). *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília.
- Ministério da Saúde [MS] (2005a). *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil* (Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas). Recuperado em março 12, 2013, em [http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/relatorio15\\_anos\\_caracas.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/relatorio15_anos_caracas.pdf)
- Ministério da Saúde [MS] (2005b). *Portaria GM/MS nº 1.174*. Recuperado em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>
- Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa [MS] (2007a). *Caderno de Educação Popular e Saúde*. Recuperado em Março 14, 2013, em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/>
- Ministério da Saúde [MS] (2007b). *Portaria GM/MS nº 1.996*. Recuperado em Março 18, 2013, em [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria\\_1996-de\\_20\\_de\\_agosto-de-2007.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20_de_agosto-de-2007.pdf)
- Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde [MS] (2009). *Série Pactos pela Saúde: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Recuperado em Junho 7, 1999, em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume9.pdf>
- Moraes, K. G. (2012). *Análise do processo de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde no Distrito Federal*. Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Brasília. Recuperado em Maio 10, 2013, em <http://repositorio.unb.br/handle/10482/12736>
- Motta, J. I. J. (1998). *Educação permanente em saúde: da política do consenso à construção do dissenso*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Motta, J. I. J., Buss, P., & Nunes, T. C. M. (2001). Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde. *Olho mágico*, 8(3), 4-8.
- Muchielli, R. (1991). *Les méthodes qualitatives*. Paris: Presses Universitaires de France.

- Nunes, T. C. M. (2004). Educação permanente: um novo olhar sobre aprendizagem no trabalho. *Cadernos da Associação Brasileira de Educação Médica*, 1, 26-27.
- Oliveira, W. F. (2009). Éticas em conflito: Reforma psiquiátrica e lógica manicomial. *Caderno Brasileiro de Saúde Mental*, 1(2), 48-61.
- Onocko-Campos, R. O. (2005). Pesquisa qualitativa em políticas, planejamento e gestão em saúde coletiva. In N. Barros, J. G. Ceccati & E. R. Turato (Orgs.). *Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares* (pp. 261- 271). Campinas: Editora Unicamp.
- Organización Panamericana de la Salud [OPAS] (1978). *Educación contínua: guía para la organización de programas de educación contínua para el personal de salud*. Série de Recursos Humanos n. 29.
- Paim, J. S., Travassos, C. M. R., Almeida, C; Bahia, L., & Macinko, J (2011). The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet (North American edition)*, 377, 9-28.
- Pereira, I. B., & Lima, J.C.F. (2009). Trabalho, educação e saúde: Referências e conceitos. In I. B. Pereira & J. C. F. Lima (Orgs.). *Dicionário da educação profissional em saúde* (2ª ed., pp. 17-29). Rio de Janeiro: ESPJV.
- Rey, F L. G. (1999). *La investigación cualitativa en psicología: rumbos y desafíos*. São Paulo: EDUC.
- Ribeiro, E. C. O., & Motta, J. I. J. (1996). Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, 12, 39-44.
- Sader, E. (1988). *Quando novos personagens entram em cena*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Sales, A. L., & Dimenstein, M. (2009). Psicólogos no processo de reforma psiquiátrica: práticas em desconstrução? *Psicologia em estudo*, 14(2), 227-285.
- Santos, A. V. (2009). *Organização do trabalho e prazer e sofrimento de profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial*. Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Brasília. Recuperado em Maio 16, 2013 em <http://repositorio.unb.br/handle/10482/3822>
- Silva, E. A. (2007). *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*. Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Brasília. Recuperado em Maio 16, 2013 em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/2395>
- Silva, M. B. B. (2005). Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre o discurso e a prática em torno da responsabilidade no campo da Saúde Mental. *Revista Saúde Coletiva*, 15(1), 127-150.
- Silva, G. M., Beck, C. L. C., Figueiredo, A. C. C., & Prestes, F. C. (2012). O processo de trabalho na supervisão clínico-institucional nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 15(2), 309-322.
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 80 aos dias atuais: Histórias e conceitos. *História, Ciência e Saúde*, 9(1), 25-29.

- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. *Revista Saúde Pública*, 39, 1-7.
- Vasconcellos, V. C., & Azevedo, C. S. (2010). Sentidos do trabalho e imaginário organizacional em um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. *Interface – comunicação, saúde e educação*, 14(34), 563-576.
- Yasui, S. (2006). *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Tese de doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz Rio de Janeiro.
- Zimmerman, D. E. (1997). *Como trabalhamos com grupos?* Porto Alegre: Artes Médicas.

## Anexo A. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Processos de trabalho e sofrimento psíquico dos profissionais de saúde que atuam no CAPSad do Distrito Federal: Desafios para a formação em saúde.

**Pesquisador:** Bethânia Ramos Meireles

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 13580813.1.0000.5553

**Instituição Proponente:** CAPS AD II SOBRADINHO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 251.352

**Data da Relatoria:** 13/05/2013

#### Apresentação do Projeto:

Este estudo objetiva analisar a implementação da política de educação permanente em saúde e sua contribuição para amenização do sofrimento psíquico dos profissionais de saúde que atendem no Centro de atenção psicossocial à álcool e drogas do CAPSad, localizado no Distrito Federal. A pesquisa busca compreender o processo de trabalho dos profissionais de saúde, identificar as formas de manifestação do sofrimento psíquico e as estratégias para lidar com o sofrimento que o trabalho demanda e também identificar as oportunidades de educação permanente em serviço para os profissionais do CAPSad. Participarão da pesquisa profissionais de saúde que atuam no CAPSad, de ambos os sexos e diversas graduações em saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que utilizará como instrumento de coleta de dados a técnica do grupo focal com roteiro semiestruturado aberto. Os dados serão analisados segundo a análise categorial de Bardin (1979) a luz do referencial teórico da psicodinâmica do trabalho.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Analisar a implementação da Política de educação permanente em saúde e sua contribuição para amenização do sofrimento psíquico dos profissionais de saúde que atendem no CAPSad.

**Objetivo Secundário:**

Identificar as formas de manifestação do sofrimento psíquico dos profissionais de saúde que

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.710-904  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** cepesedf@saude.df.gov.br



Secretaria de Estado de Saúde  
do Distrito Federal

## COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FEPECS/SES-DF



atendem no CAPS; Analisar processo de trabalho dos profissionais de saúde; Conhecer as estratégias usadas pelos profissionais para lidar com a realidade de trabalho; Identificar as oportunidades de educação permanente em serviço para os profissionais que atuam no CAPS do Distrito Federal.

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Na entrevista será investigado a relação sofrimento psíquico e trabalho o que pode trazer certo desconforto aos participantes por estes virem a entrar em contato com sensações de sofrimento. Ao mesmo tempo, esta pesquisa entende que a fala e escuta podem mental, tais como trabalhar na perspectiva da reinserção social e de quebras de paradigmas em relação às pessoas acometidas por transtornos mentais.

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Este estudo utilizará a abordagem qualitativa para analisar a implementação da política de educação permanente em saúde e sua contribuição para a amenização do sofrimento psíquico dos profissionais de saúde que atendem no CAPSad. Participarão da pesquisa 9 profissionais de saúde de nível superior e pertencentes a diversas áreas de saúde a saber: psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e assistentes sociais, que atendem no CAPSad de Sobradinho II, que é formado por 14 profissionais no total. Os dados serão coletados por meio da técnica do grupo focal, que busca compreender um fenômeno por meio da escuta de pessoas que o vivenciam, ou seja, nesta técnica o pesquisador escuta um conjunto de pessoas previamente selecionadas que se reúnem em coletivo coordenadas por um facilitados (pesquisador) do processo de construção coletiva. Para analisar os dados optou-se pela análise de conteúdo de Bardin (1979), querem como características a objetividade, a sistematização e a inferência.

### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os Termos de Apresentação Obrigatoria foram anexados.

### **Recomendações:**

Apresentar Relatório Final ao término do Projeto, através da Plataforma Brasil.

### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto Aprovado.

### **Situação do Parecer:**

Aprovado

### **Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904  
UF: DF Município: BRASÍLIA  
Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: cepesdf@saude.df.gov.br



Secretaria de Estado de Saúde  
do Distrito Federal

COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA - FEPECS/SES-DF



**Considerações Finais a critério do CEP:**

BRASILIA, 22 de Abril de 2013

---

**Assinador por:**

**Maria Rita Carvalho Garbi Novaes  
(Coordenador)**

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.710-904

**UF:** DF

**Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61)3325-4955

**Fax:** (33)3325-4955

**E-mail:** cepesdf@saude.df.gov.br

## Apêndice A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### ***Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)***

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto: **“Processos de trabalho e sofrimento psíquico dos profissionais de saúde que atuam no CAPS ad do Distrito Federal: Desafios para a formação em saúde”**. Essa pesquisa se justifica pela importância da atuação dos profissionais de saúde do CAPS ad na consolidação do novo paradigma de cuidado em Saúde Mental. O nosso objetivo é analisar as possíveis contribuições das ações em Educação Permanente em Saúde para compreensão do sofrimento no trabalho dos profissionais de saúde que atendem em um CAPS ad. O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguro de que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo por meio da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a). A sua participação será realizada por meio de entrevista individual cuja temática central são as ações em Educação Permanente em Saúde oportunizadas ao CAPS ad. A entrevista será realizada por esta pesquisadora e acontecerá em uma sala no setor de atendimento do CAPS ad. O tempo de duração da entrevista será de aproximadamente 40 minutos. O áudio da entrevista será gravado e posteriormente transcrito para análise. Informamos que o (a) Senhor (a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a). Esperamos que o processo de escuta proporcionado pela entrevista possibilite a ressignificação de possíveis sofrimentos advindos da realidade de trabalho, estimule a qualidade de vida no trabalho e proporcione melhorias no serviço de Saúde Mental prestado à comunidade. Os resultados da pesquisa serão divulgados no CAPS ad onde foi realizada a pesquisa e na Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador. Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, entre em contato pelo telefone repassado, no horário das 8h às 18h, de segunda a sexta. Estarei sempre à disposição para esclarecer suas dúvidas. Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser esclarecidas pelo telefone: (61) 3325-4955. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com comigo, a pesquisadora responsável, e a outra com o (a) senhor (a).

---

Nome / assinatura:

---

Pesquisadora Responsável

Bethânia Ramos Meireles

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_



## Apêndice 2. Roteiro de Entrevista

### **Processos de trabalho e sofrimento psíquico dos profissionais de saúde que atuam no CAPS ad do Distrito Federal: Desafios para a formação em saúde.**

- Nome:
  - Idade:
  - Formação Profissional:
  - Cargo/função no CAPS ad Sobradinho:
1. Quais são as suas atribuições no CAPS ad Sobradinho?
  2. Antes de você iniciar o trabalho no CAPS ad Sobradinho, você teve alguma formação em Saúde Mental, em especial no novo modelo de atendimento psicossocial instituído pela Reforma Psiquiátrica?
  3. Você vivencia prazer no trabalho desenvolvido no CAPS ad de Sobradinho? Como?
  4. Você vivencia sofrimento no trabalho desenvolvido no CAPS ad de Sobradinho? Como?
  5. Quais as estratégias que você utiliza para enfrentar a realidade de trabalho?
  6. São oferecidas a você oportunidades de Educação Permanente em Saúde?
    - Se sim, essas ações em Educação Permanente em Saúde oferecida a você contribuíram para o desenvolvimento do trabalho que você realiza no CAPS ad Sobradinho? Como?
    - Se não, qual tipo de educação em saúde você considera ser importante para desenvolver suas atribuições no CAPS ad Sobradinho?