

**II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS  
DROGAS – II CESMAD**

**LÊDA ELIZEI SILVA FERREIRA**

**O ADOECIMENTO PSÍQUICO DOS PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM EM  
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

**BRASÍLIA - DF**

**2015**

**II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS  
DROGAS – II CESMAD**

**LÊDA ELIZEI SILVA FERREIRA**

**O ADOECIMENTO PSÍQUICO DOS PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM EM  
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Monografia apresentada ao II Curso de Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília para a obtenção do Título de Especialista em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

**BRASÍLIA - DF**

**2015**

**II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL,  
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD**

**LÊDA ELIZEI SILVA FERREIRA**

**O ADOECIMENTO PSÍQUICO DOS PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM EM  
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Esta Monografia foi avaliada para a obtenção do Grau de Especialista em Saúde Mental,  
Álcool e Outras Drogas, e aprovada na sua forma final pela Banca a seguir.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

---

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa  
Coordenador Geral do II CESMAD

---

Prof.  
Avaliador 1

### **Autorização para Publicação Eletrônica de Trabalhos Acadêmicos**

Na qualidade de titular dos direitos autorais do trabalho citado, em consonância com a Lei nº 9610/98, autorizo a Coordenação Geral do II CESMAD a disponibilizar gratuitamente em sua Biblioteca Digital, e por meios eletrônicos, em particular pela Internet, extrair cópia sem ressarcimento dos direitos autorais, o referido documento de minha autoria, para leitura, impressão ou download e/ou publicação no formato de artigo, conforme permissão concedida.



## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por mais essa oportunidade de crescimento, por estar sempre presente em minha vida e nunca me deixes esquecer que tudo o que tenho tudo o que sou, e o que viera ser, vem de ti Senhor.

Aos meus pais Manoel e Ilma, pelas suas orações, por torcerem por mim e entenderem minha busca. Devo muito do que sou hoje a vocês. Amo muito vocês.

Ao meu esposo Janismar razão do meu sucesso e a pessoa com a qual desejo viver toda minha vida. Por tudo o que compartilhamos e por todos os momentos de apoio, compreensão e paciência. Eu te amo muito.

Aos meus filhos Jonathas e Lucas que tive o privilégio de estudar junto com eles não mesmo campus e por tudo o que vocês representam na minha vida: felicidade, amor, carinho, zelo, responsabilidade e cuidado.



*Aquele que sabe como  
vencer com Deus  
na oração, tem o céu e a  
terra a sua disposição.  
(Charles Spurgeon)*

## RESUMO

Esta monografia propôs identificar, por meio de pesquisa bibliográfica, o adoecimento psíquico dos profissionais que trabalham em centros de saúde de atenção psicossocial. A pesquisa se desenvolveu por meio de uma revisão de trabalhos que estudaram a incidência de patologias psíquicas em profissionais da área da saúde, e as principais síndromes que podem ocorrer em profissionais de saúde submetidos a condições desfavoráveis de trabalho, nas quais o estresse faz-se presente. Com essa sobrecarga os profissionais inseridos na saúde mental estão expostos há vários fatores de risco que podem levar ao adoecimento psíquico. Estes que devido a pressões sociais da profissão prosseguem trabalhando de forma a obedecer à formação recebida e à demanda de tarefas. Evidenciou-se que é fundamental que as ações de Políticas Públicas participem de forma a oferecer avaliações e acompanhamentos de forma a trazer redução de estresse dos profissionais e cuidadores de doentes mentais.

**Palavras-chave:** Saúde do trabalhador; condições de trabalho; doentes mentais.

## ABSTRACT

This monograph is proposed to identify, by means of literature, the mental illness of professionals working in health centers of psychosocial care. The research was developed through a review of studies regarding the incidence of mental disorders in health professionals, and the main syndromes that can occur in health care workers subjected to unfavorable working conditions, in which the stress is made this. With this overload the professionals involved in mental health are exposed for several risk factors that can lead to mental illness. Those who due to social pressures of the profession continue working in order to comply with the training received and the demand tasks. It was evident that it is essential that the actions of Public Policy participate to offer reviews and follow-ups in order to bring stress reduction professionals and caregivers of mentally ill.

**Keywords:** Occupational health; working conditions; mentally ill.

**LISTA DE TABELA**

Tabela 1 - Fatores que diferenciam os três principais tipos de CAPS ..... 22

## LISTA DE ABREVIATURAS

**MTSM** - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

**CAPS** - Centros de atenção psicossocial

**NAPS** - Núcleos de Atenção Psicossocial

**CNSM** - Conferências Nacionais de Saúde Mental

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
1.2 METODOLOGIA .....	15
1.2.1 Tipo de Estudo .....	15
1.2.2 Etapas.....	15
<b>2. REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>17</b>
2.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL .....	19
2.2 OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS).....	22
2.3 A COMPLEXIDADE DO TRABALHO E DA DESENVOLTURA ADEQUADA DOS PROFISSIONAIS DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS.....	25
2.3.1 Riscos, limites e potencialidades durante o processo de trabalho dos profissionais de saúde dos CAPS .....	26
2.3.2 A Saúde Mental dos trabalhadores de saúde dos CAPS.....	29
<b>3. CONCLUSÃO/RECOMENDAÇÕES.....</b>	<b>33</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>35</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O cuidado existe desde que há vida humana e é por meio dele que a vida se mantém. Durante milhares de anos, o cuidado não esteve associado a nenhum ofício ou profissão e sua história se constrói sob duas vertentes que coexistem, complementam-se e se geram mutuamente: cuidar para garantir a vida e cuidar para recuar a morte. No transcorrer dos tempos, o cuidado se organizou, do nascimento à morte, em torno de dois pólos: “*O corpo*, lugar de expressão da vida individual e coletiva, templo da *anima*, *sopro de vida*; e tudo o que contribui para o abastecer, para o restaurar; *o alimento*” (COELHO e FONSECA, 2005).

A noção de cuidar evidenciada por Boff (2005) nos convoca a refletir, quando questiona: o que é cuidar, como cuidar e como equilibrar o cuidar de si e o cuidar do outro? Na noção geral de que "cuidar do outro é dar morada em si do outro" (espírito de delicadeza).

O trabalho em saúde é uma prática coletiva que tem como finalidade a promoção da saúde das pessoas, suas famílias e comunidade. É condicionado pelas relações entre os profissionais nos serviços de saúde e sociedade, sendo permeado por ações técnicas e interpessoais; portanto, deve ser entendido em sua objetividade e subjetividade. Essa dimensão relacional repercute na saúde mental do trabalhador, possibilitando uma atitude positiva em relação a si e ao trabalho e interferindo no modo como realiza suas atividades (GLANZNER, 2008).

Dentro do contexto do cuidado a pacientes pertencentes ao campo da saúde mental, sabe-se que são realizados por profissionais que lidam com fatores altamente estressantes, tanto na relação com o paciente como com as demandas geradas a partir do serviço de cuidar. Com essa sobrecarga os profissionais inseridos na saúde mental estão expostos há vários fatores de risco que podem levar ao adoecimento psíquico (COSTA e SILVA, 2013).

Os Caps são considerados pela população, locais onde se pode obter acolhimento do sofrimento das mais diversas demandas no âmbito das patologias mentais; assim, os profissionais destes centros precisam estar aptos e dispostos a receber o paciente da forma mais adequada e saudosa possível; o que nem sempre acontece visto que a assistência prestada aos cuidadores destes Centros não se mostra suficiente para atendê-los no que diz respeito aos problemas psicológicos gerados a partir do serviço de cuidar de pacientes que tem algum tipo de transtorno psíquico (COSTA e SILVA, 2013).

O trabalho desenvolvido nos CAPS empregam uma transformação do modelo assistencial em saúde mental preconizado pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Esse movimento trouxe ao campo da saúde mental novas formas de divisão de

tarefas com a equipe de trabalho, criando responsabilizações e encargos aos profissionais de saúde. Além disso, preconiza uma transformação nas políticas públicas de saúde mental, na reinserção do usuário na comunidade e, por consequência, no modo de trabalho desenvolvido pelos profissionais (BEZERRA JR., 1995).

A Reforma Psiquiátrica tem possibilitado a construção de um novo modelo de atenção em saúde mental nos CAPS, que se orientam pelo modo psicossocial, segundo o qual o sofrimento mental não é um fenômeno individual, mas que ocorre em pessoas que se relacionam, dando uma perspectiva sociocultural, política, biológica e psicológica para as intervenções de saúde. O objeto do trabalho, nestes Centros, é o sujeito em todas as suas dimensões, e a equipe trabalha interdisciplinarmente para o alcance da promoção da saúde mental (OLIVEIRA, 2007).

De acordo com Freire, (2000):

Na sua forma mais imediata, a Saúde do Trabalhador manifesta-se no seu estado biopsíquico, que se relaciona com as condições materiais e sociopolíticas presentes no processo e condições de trabalho e de vida do trabalhador, superando as visões e práticas anteriores impostas (p. 67).

E, toda discussão que envolve as mudanças no mundo do trabalho têm reforçado a importância sobre a saúde do trabalhador como expressão socioeconômica e política concreta privilegiada, das relações de trabalho, revelando a realidade oculta por trás do discurso dominante, predominantemente fantasioso, o que possibilita a constituição de sujeitos políticos (FREIRE, 2000).

Considerando o papel fundamental do cuidador no processo de interação do paciente com sua vivência, Luzardo *et al.* (2006) ressaltam que esta pessoa necessita de atenção especializada dos profissionais e serviços de saúde, pois a maioria das doenças mentais dos pacientes acabam por influenciarem negativamente em suas vidas, causando um desgaste físico e emocional sobre os mesmos.

O profissional de saúde mental, na sua tentativa de se adaptar ao sistema, adota estratégias de defesa que são as mediações ao sofrimento, tais como a dissimulação, a hiperatividade, o cinismo, o desprezo, a desesperança em ser reconhecido, a violência aos subordinados, a negação dos riscos inerentes ao trabalho, a comunicação distorcida (MENDES, 2007).

As estratégias individuais acabam por ser insuficiente frente ao contexto instável e fluido somado a um discurso legitimador contraditório com a vivência cotidiana dos

trabalhadores que afirma que as propostas de organização do trabalho atuais respeitariam mais as características individuais de cada um, a degradação da saúde do trabalhador é ainda maior. A ansiedade, o medo e os desgastes se acumulam, seja física ou mental, e podem consumir o trabalhador até evoluir para uma síndrome de *burnout*. A depressão pode advir recorrente ou severa; a desesperança e o desespero podem levar ao suicídio (BERNARDO, 2011).

No âmbito desta temática, esta monografia tem como objetivo: conhecer e avaliar os fatores de risco para o adoecimento dos profissionais que trabalham em centros de atenção psicossocial (Caps); levantados em estudos publicados durante o período de 2005 a 2013.

Por meio desta pesquisa será possível:

Avaliar a relação da sobrecarga com o stress sofridos pelos cuidadores de pacientes dos Caps;

Identificar fatores de risco para o adoecimento psíquico dos profissionais desses centros;

Identificar fatores de mitigação do adoecimento psíquico destes profissionais.

No Brasil, os transtornos mentais estão na terceira posição entre as causas de concessão de benefícios previdenciários (BRASIL, 2001). A síndrome de *burnout* e a presença de transtornos mentais comuns têm sido bastante investigados, por estarem associados à incapacitação e ao alto custo social, econômico e individual, ao absenteísmo, à queda da produtividade, à alta rotatividade de profissionais, à elevação da demanda de serviços de saúde e ao uso abusivo de tranquilizantes, álcool e outras drogas (SILVA e MENEZES, 2008).

Assim, esta pesquisa justifica-se para identificar os fatores de risco existentes no cotidiano dos CAPS e para consolidar os fatores de proteção aos cuidadores, evidenciados nas produções científicas.

## **1.2 METODOLOGIA**

As práticas de trabalho realizadas pela equipe multiprofissional dos CAPS foram eleitas como objeto de estudo neste trabalho, deste modo, torna-se importante delimitar em que dimensão da realidade optou-se por fazer esta análise. Ao estudar o fenômeno das práticas em saúde mental, compreendeu-se como categorias de análise o conjunto de noções que ajudam a desenvolver um conhecimento teórico sobre esta realidade.

Trata-se de uma atividade humana transformadora da natureza, considerada unidade indissolúvel e dialética entre teoria e ação.

### **1.2.1 Tipo de Estudo**

Este estudo trata-se de uma Revisão Bibliográfica, que foi constituído através do levantamento de dados encontrados na literatura existente. Foram realizadas consultas a livros, leis brasileiras e às bases de dados LILACS e Scielo; onde foram consultados artigos originais e revisões bibliográficas a respeito dos temas: Reforma Psiquiátrica no Brasil, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a Saúde Psíquica dos Profissionais de Saúde Mental.

A literatura consultada foi selecionada previamente a partir dos temas abordados, tais como: saúde do trabalhador nos CAPS, condições de trabalho e aspectos gerais de saúde mental. Os critérios utilizados para incluir as bibliografias encontradas no escopo do texto foram: o tipo de abordagem do conteúdo pesquisado, pesquisas de campo nos diferentes tipos de CAPS e a discussão dos resultados apresentados nos artigos consultados.

### **1.2.2 Etapas**

a) Foram utilizados 15 livros, 6 manuais, 1 Portaria, 6 trabalhos de conclusão de doutorado/mestrado e diversos artigos científico disponíveis nas bases de dados *online*, Scielo e Bireme. Tais artigos foram publicados entre os anos de 1997 a 2011.

b) Na bibliografia encontrada, buscou-se os aspectos históricos da Reforma Psiquiátrica no Brasil; os detalhes a respeito do dia-a-dia dos profissionais dos CAPS e o resultado das análises realizadas pelos autores de diversos artigos a respeito do que pensam os

profissionais destes Centros, que são expostos ao convívio com pacientes com transtornos mentais.

c) Em seguida, realizou-se uma análise da pesquisa com enfoque no "cuidador de saúde"; buscando-se relatar os sentimentos e inquietações destes profissionais.

## 2. REVISÃO DA LITERATURA

O modelo biomédico atual sustenta formações profissionais em saúde orientando-se pela racionalidade clínica e seus padrões de normalidade, o que acaba reduzindo os seres humanos (pacientes) a apenas corpos biológicos, descontextualizados socioculturalmente. Sob este paradigma, a atenção é dirigida a sujeitos individuais em suas unidades morfológicas, impedindo a síntese entre o individual e o coletivo. Nessa perspectiva, os sujeitos sociais são desconsiderados em sua multidimensionalidade, restringindo-se o espaço do cuidado. Ampliá-lo, requer a compreensão, por parte daqueles que exercitam o saber-fazer em saúde, de que a responsabilidade de cuidar do outro implica em valorizar singularidades e particularidades na relação com a totalidade. (COELHO e FONSECA, 2005).

No que diz respeito ao campo da Psiquiatria, para mitigar essa visão do paciente, como apenas uma unidade morfológica dotada de problemas mentais, mas sim, um ser humano que precisa ser enxergado holisticamente; iniciou-se a Reforma Psiquiátrica no Brasil, contemporânea da eclosão do “movimento sanitário”, nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2001).

A Reforma Psiquiátrica no Brasil deixou definitivamente a posição de "proposta alternativa" e se consolidou como o marco fundamental da política de assistência à saúde mental oficial. Além disto, a influência do seu conjunto de ideias vem se expandindo no campo social, no universo jurídico e nos meios universitários que formam os profissionais de saúde. Apesar das conhecidas dificuldades enfrentadas pelo sistema de saúde pública no Brasil, é fato que o cenário psiquiátrico brasileiro vem mudando a olhos vistos. Os mais de mil Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) espalhados pelo país vêm modificando fortemente a estrutura da assistência à saúde mental. A rede composta por este tipo de equipamento vem substituindo progressivamente o modelo hospitalocêntrico e manicomial, de características excludentes, opressivas e reducionistas. Em seu lugar vem sendo construído um sistema de assistência orientado pelos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (universalidade, equidade e integralidade), acrescido da proposta de desinstitucionalização – cujo alcance ultrapassa os limites das práticas de saúde e atinge o imaginário social e as formas culturalmente validadas de compreensão da loucura (BEZERRA JR., 2007).

Os centros de atenção psicossocial (CAPS) são considerados serviços estratégicos para a organização da rede de atenção à saúde mental em um determinado território e para a

consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira. Sua implantação e qualificação vêm sendo incentivadas pelo Ministério da Saúde, de tal modo que o número de centros mais do que dobrou nos últimos cinco anos. Além disso, algumas portarias foram criadas para incrementar as políticas de financiamento e qualificação assistencial (DELGADO 2001).

Na condição de serviços públicos de saúde mental no campo da saúde coletiva, devem garantir acesso, integralidade e resolutividade na assistência prestada, agregando os diferentes níveis de atenção (primário, secundário e terciário) em uma unidade, gerando reflexões concernentes ao modelo assistencial e à clínica. A complexidade na organização da assistência e os impactos subjetivos nos profissionais próprios do trabalho com a psicose conferem ao CAPS desafios e necessidade de constante acompanhamento e análise. Os aspectos institucionais da Reforma Psiquiátrica, atualizados nos CAPS, apresentam relações entre intersubjetividade, gestão, formação profissional e clínica. Assim, é necessária uma abordagem avaliativa que contemple a pluralidade e interdisciplinaridade de tais relações (FURTADO, 2005).

No âmbito desta abordagem, uma das avaliações a ser destacada é a do estado psíquico e do resultado das relações interpessoais dos profissionais dos CAPS, à medida que se relacionam rotineiramente com pacientes desses Centros. A atuação do profissional de referência exige uma articulação de vários saberes e de diversos campos relacionais (familiar, laboral, social e cultural). Essa construção acontece em um terreno fértil de múltiplas possibilidades de trocas e conflitos. Por isso, o modelo de gestão e a organização do serviço precisam garantir espaços sistemáticos de reuniões ou encontros que estabeleçam planejamento, discussões de caso, supervisão clínico-institucional, capacitação, enfim, espaços que considerem a complexidade e a intensidade das relações que pressupõem o campo da saúde mental (SILVA e COSTA, 2010).

## **2.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL**

O enfoque da loucura como doença e da psiquiatria como especialidade médica é recente na história da humanidade, aproximadamente há 200 anos. A partir do século XVIII o homem inventou uma nova maneira de se perceber, uma nova maneira de vivenciar a condição humana. A loucura sempre existiu, bem como o lugar para se tratar dos loucos: templos, domicílios e instituições, mas a instituição psiquiátrica, propriamente dita, é uma construção do século XVIII (BEZERRA JR., 1995).

A partir dessa nova forma de vivenciar a condição humana, estabeleceu-se “o diferente”, aquele que não segue o padrão de comportamento que a sociedade define. O doente mental, o excluído do convívio dos iguais, dos ditos normais, foi então afastado dos donos da razão, dos produtivos e dos que não ameaçavam a sociedade. Tratar do doente mental foi então sinal de exclusão, de reclusão e asilamento. Hoje, esta realidade ainda existe, porém de forma mais consciente e menos exclusiva. Por não se admitir a exclusão, corre-se o risco de não se admitir a diferença. Esta não pode ser negada, é necessário reconhecê-la e conviver com ela sem ter que excluir, conforme a grande aspiração da reforma psiquiátrica (GONÇALVES e SENA, 2001)

### **HISTÓRICO**

A partir de 1830, médicos da “Academia Imperial de Medicina” passaram a reivindicar a competência para lidar com a loucura, mobilizando a opinião pública no sentido de construir um hospício para os alienados. Criticavam e denunciavam os cuidados prestados pelas Santas Casas do Rio de Janeiro (COSTA-ROSA, 2000).

Assim, dois momentos importantes marcaram o início da Psiquiatria no Brasil: a inauguração, em 1852, do Hospício Pedro II pelo próprio imperador D. Pedro II e a Proclamação da República em 1889, coincidente com o advento da Psiquiatria Científica. Assim, facilmente se formou uma aliança entre a ciência psiquiátrica e os projetos estatais de controle social. (DEVERA & COSTA-ROSA, 2007)

No seio da medicina social se constituiu a psiquiatria e sob essa perspectiva, o louco passou a ser considerado doentio e passível de tratamento. Baseado no princípio do isolamento, o hospício Pedro II foi o lugar de exercício da ação terapêutica da recém-criada ciência psiquiátrica, daí a sua organização especial, com vigilância, regulação de tempo e

repressão. Constituiu-se, assim, o Modelo Asilar respaldado na proposta de tratamento moral formulada por Pinel e Esquirol (BARROS, 1996).

Por volta do século XIX, o doente mental que ainda obtinha algum grau de tolerância social e de relativa liberdade e passou a ser tratado em Santas Casas de Misericórdia. Em 1886, Teixeira Brandão, primeiro psiquiatra diretor do Hospício Nacional de Alienados, e ardente defensor da total medicalização do asilo, conseguiu, enquanto deputado, a aprovação da primeira Lei brasileira do alienado. Esta lei faz do hospício o único lugar apto a receber loucos, subordina sua internação ao parecer médico, estabelece a guarda provisória dos bens do alienado, determina a declaração dos loucos que estão sendo tratados em domicílio e regulamenta a posição central da psiquiatria no interior do hospício (DEVERA e COSTA-ROSA, 2007).

Em 1931, Ulisses Pernambucano, precursor da psiquiatria social, inaugurou a Assistência aos Psicopatas de Pernambuco, trabalho pioneiro, especialmente no que se refere à concepção de um sistema assistencial. Tratava-se de uma rede de serviços que era composta por um Serviço de Higiene Mental, um Ambulatório e Serviço Aberto, um Hospital Psiquiátrico para agudos, um Manicômio Judiciário e uma colônia de Alienados, para melhor acolher e cuidar daqueles enfermos da mente (CERQUEIRA, 1989).

A partir de 1967, Luiz Cerqueira foi quem deu início ao primeiro movimento pela transformação da Saúde Mental no Brasil. Foi quando se falou pela primeira vez em: criação e ampliação da rede extra-hospitalar; reestruturação do Serviço Nacional de Doentes Mentais; integração da Saúde Mental à Saúde Pública e aceleração dos programas de formação de pessoal (DEVERA e COSTA-ROSA, 2007).

Em 1978 iniciou-se efetivamente o movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil, julgando inadmissíveis a exclusão, a cronificação e a violência do modelo hospitalocêntrico. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, também surgiu neste ano. Este Movimento passou a se destacar neste período, principalmente por evidenciar-se a denúncia da violência nos manicômios, a mercantilização da loucura, a hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico da assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Em 1987 foi criado o “Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS)”, conhecido como: "CAPS da Rua Itapeva", ainda como instância

intermediária entre o Hospital Psiquiátrico e o Ambulatório de Saúde Mental. O primeiro “CAPS” do Brasil assimilou conhecimentos de várias experiências históricas alternativas à Psiquiatria Hospitalocêntrica, principalmente da Psicoterapia Institucional francesa e da Psiquiatria Democrática italiana. Neste mesmo ano, aconteceu em Bauru, SP o II Congresso Nacional do MTSM que adotou o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, e foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro (GOLDBERG, 1994).

Em 1989 a Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) deu início há um processo de intervenção em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. É esta intervenção, com repercussão nacional, que demonstrou a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Neste período no município de Santos foram implantados os NAPS - Núcleos de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2005).

Nos anos 1990, com a intensificação do processo de reforma psiquiátrica e a constituição dos hospitais-dia e CAPS, os ambulatórios perderam importância na cena assistencial e foram apontados como coadjuvantes no longo processo de “cronificação” dos pacientes. Os motivos alegados são vários: o modelo ambulatorial vigente, centrado nas consultas médicas-psiquiátricas, marcadas pela díade prescrição de fármacos/remissão de sintomas, com longos intervalos (até 90 dias, em alguns casos), não é capaz de lidar com a complexidade dos casos de maior gravidade, cujo destino, invariavelmente, seria o manicômio (BERLINSKY, 2007).

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, aprovaram, em vários estados brasileiros, as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. A partir deste período a política do Ministério da Saúde para a saúde mental começou a ganhar contornos mais definidos (BRASIL, 2005).

Na década de 90 foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental e passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros: CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

A III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no período de 11 a 15 de dezembro de 2001, em Brasília, tendo como tema “Cuidar Sim, Excluir Não”, ocorreu havia menos de um ano da aprovação da Lei Federal de Saúde Mental 10.216. Essa conferência representou o fortalecimento do consenso em torno da proposta da Reforma Psiquiátrica,

elaborando propostas e estratégias para efetivar e consolidar um modelo de Atenção em Saúde Mental totalmente substitutivo ao hospitalocêntrico. Seu relatório reflete a consciência dos atores da Reforma Psiquiátrica de que a formação dos trabalhadores é um dos elementos decisivos para a construção e viabilização das práticas (DEVERA e COSTA-ROSA, 2007).

A base conceitual gerada a partir das Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM) confirma que, quando acionadas, são capazes de atualizar a diversidade das pulsações transformadoras, a partir do nível local, dando, como nenhum outro dispositivo da Reforma Psiquiátrica, voz aos principais interessados na transformação: os sujeitos do sofrimento psíquico, seus familiares e a própria população (DEVERA e COSTA-ROSA, 2007).

Assim, o movimento da reforma psiquiátrica brasileira, denunciando os maus tratos a que os portadores de transtorno mental eram submetidos, culminou com a lei 10.216, que redireciona a assistência psiquiátrica, pautada nos princípios da humanização.

## **2.2 OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)**

A Portaria/GM Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 estabelece que os CAPS poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. As principais diferenças entre estes três tipos de CAPS podem ser observadas na Tabela 1.

**Tabela 1.** Fatores que diferenciam os três principais\* tipos de CAPS.

Fatores que diferenciam os 3 tipos de CAPS	CAPS		
	I	II	III
<b>Habitantes por município</b>	20.000 a 70.000	70.000 a 200.000	acima de 200.000
<b>Horário de funcionamento</b>	08:00 às 18h, durante 5 dias úteis	08:00 às 18h, podendo funcionar até às 21h, durante 5 dias úteis	Serviço Ambulatorial, 24h.
<b>Pacientes por turno/Equipe Técnica</b>	20 e no máximo 30 por dia/1 médico, 3 enfermeiros, 3 profissionais de nível superior e 4 de nível médio	30 e no máximo 45 por dia/1 médico psiquiatra, 1 enfermeiro (saúde mental), 4 profissionais de nível superior e 6 de nível médio	40 e no máximo 60 por dia/2 médicos psiquiatras, 1 enfermeiro (saúde mental), 5 profissionais de nível superior e 8 profissionais de nível médio

\*Existe ainda o CAPS I II (crianças e adolescentes) e o CAPS ad II (dependentes químicos).

Fonte: BRASIL, 2002.

Os centros de atenção psicossocial (CAPS) provêm serviços estratégicos para a organização da rede de atenção à saúde mental em um determinado território e para a consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira. Sua implantação e qualificação vêm sendo incentivadas pelo Ministério da Saúde, de tal modo que o número de centros mais do que dobrou nos últimos cinco anos. Não obstante, algumas portarias foram criadas para incrementar as políticas de financiamento e qualificação assistencial (ONOCKO, 2001)

Os CAPS devem garantir acesso, integralidade e resolutividade na assistência prestada, agregando os diferentes níveis de atenção (primário, secundário e terciário) em uma unidade, gerando reflexões concernentes ao modelo assistencial e à clínica. A complexidade na organização da assistência e os impactos subjetivos nos profissionais próprios do trabalho com a psicose conferem ao CAPS desafio se necessidades de constante acompanhamento e análise. Os aspectos institucionais da Reforma Psiquiátrica, atualizados nos CAPS, apresentam relações entre intersubjetividade, gestão, formação profissional e clínica (ONOCKO, 2001).

Os CAPS foram instituídos como serviços de saúde abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes,

realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos pacientes. É função, também, dos CAPS prestar atendimento em regime de atenção diária, evitando, assim, as internações em hospitais psiquiátricos; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área geográfica de abrangência e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica de saúde. A política de recursos humanos para os CAPS definiu pela implantação do trabalho interdisciplinar e multiprofissional como estratégia para romper com o chamado “especialismo”. Na condução dessa nova política, espera-se contar com um 'novo trabalhador' que, atento e sensível aos diversos aspectos do cuidado, garanta que todo usuário de saúde mental seja atendido com uma visão integral e não fragmentada (BRASIL, 2002).

É fundamental para os CAPS: oferecer estruturas flexíveis, evitando tornarem-se espaços burocratizados, repetitivos, os quais tendem a trabalhar mais em relação com a doença do que com as pessoas; propiciar o acolhimento aos sujeitos que estão em crise e às demais pessoas envolvidas (familiares, amigos e outros), de forma que seja construída uma rede de relações entre a equipe e os sujeitos que fazem parte desse contexto; realizar o trabalho terapêutico direcionado para enriquecer a existência dos sujeitos; desenvolver suas habilidades para atuar no território, ou seja, desenvolver relações com os diversos recursos presentes na comunidade (associações de bairro, atividades esportivas, entidades comerciais); atuar embasados no princípio da intersetorialidade, ou seja, criar estratégias que tenham interface com os diversos setores sociais, principalmente com os serviços existentes no campo da saúde mental (cooperativas, residências de egressos, unidades psiquiátricas em hospitais gerais, entre outros serviços) e da saúde em geral (unidades de saúde, Estratégia de Saúde da Família e hospitais gerais); organizar a rede de atenção aos sujeitos que passaram um longo período internados em hospitais psiquiátricos ou que estão em situação de vulnerabilidade, que precisam desenvolver autonomia, independência, enfim, necessitam de acompanhamento para realizar as atividades cotidianas e para a reinserção social; participar ativamente para que as políticas de saúde mental e atenção psicossocial organizem-se de forma que haja cooperação, sincronia de iniciativas e envolvimento dos atores sociais (AMARANTE, 2008).

Para o fortalecimento da rede de atenção à saúde mental é necessária uma articulação entre recursos econômicos, sociais, afetivos, culturais, religiosos, sanitários, que possibilitem o cuidado e a reabilitação dos sujeitos. Dessa forma, os CAPS são dispositivos que devem estar situados no núcleo da rede de serviços de saúde e em outros setores, que são fundamentais para a inserção dos sujeitos excluídos da sociedade (BRASIL, 2004).

Em um estudo realizado por Knoke, 2011, todas as unidades dos CAPS, da cidade de Salvador-BA, estudadas, identificou-se que o trabalho foi marcadamente caracterizado pelo

esforço de se trabalhar em equipe. Toda concepção da organização do serviço é feita nas reuniões de equipe que acontecem semanalmente e esta se configura como espaço de composição da rotina diária do trabalho e das tarefas desenvolvidas na unidade, servindo, também, como ponto de encontro dos técnicos.

Segundo Costa e Silva, (2013):

Assumir o compromisso de um novo paradigma, no que tange ao cuidado da saúde mental, é uma forma de responsabilidade em relação à produção da saúde e da vida em um sentido mais amplo; é acreditar numa mudança que privilegie a humanização, o acolhimento e a cidadania dos usuários e, por suposto, também dos profissionais envolvidos nessa realidade (p.35).

Assim, o dispositivo profissional referente, instituído para atender as atuais práxis e aos princípios éticos da Reforma Psiquiátrica, implica em mudanças no modo de trabalho desenvolvido pelos profissionais, reinventando a maneira de ser e de agir dos trabalhadores no cuidado com o outro (SILVA E COSTA, 2010)

### **2.3 A COMPLEXIDADE DO TRABALHO E DA DESENVOLTURA ADEQUADA DOS PROFISSIONAIS DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS**

Os trabalhadores em saúde mental se deparam atualmente com o desafio de implantar e implementar este novo modelo de atenção. Estes técnicos devem desdobrar-se em identidades e atribuições múltiplas com o objetivo de poderem atuar no centro de um território virtual e de uma rede de subjetividades de uma comunidade. Considerando todas as interfaces que o trabalho da atenção psicossocial apresenta, espera-se destes trabalhadores conhecimentos para intervir em diferentes campos de atuação (DELGADO 2001). Espera-se que o novo trabalhador possa intermediar nas mudanças sociais necessárias ao resgate dos direitos de cidadania e promover a inclusão social de pessoas portadoras de transtornos mentais. Este técnico deverá dominar vários e complexos campos do conhecimento: técnico, social, ético, jurídico e político (BICHAFF, 2006).

Além disto, nos novos dispositivos estratégicos de cuidados em saúde mental, novas práticas devem romper com o modelo disciplinador e asilar e se constituir como uma trajetória dinâmica e flexível com o objetivo de facilitar a reinserção social do usuário/sujeito. Estes novos serviços lidam, na realidade, com novos recursos materiais que, iniciando pela estrutura física dos serviços, passam pelos conhecimentos especializados das diferentes áreas

profissionais e aplicação de novas técnicas (por exemplo, oficinas com diferentes finalidades, incluindo geração de renda). Nos CAPS todos os agentes e todos os meios que vierem a ser utilizados necessitam ser apreendida para poderem ser coordenados com a finalidade de transformar o usuário, realizando, desta maneira, a proposta da reabilitação psicossocial (MILHOMEN *et al.*, 2007).

Observa-se, entretanto, que as novas equipes se deparam com o desafio de implantar o modelo de atenção preconizado, assumindo a responsabilidade da atenção em saúde mental em um território estabelecido, muitas vezes, sem dispor de recursos técnicos e de formação para fazê-lo adequadamente.

A ausência de equilíbrio entre as demandas existentes e os recursos disponíveis para atendê-las pode ter repercussões dramáticas, não apenas na qualidade da atenção prestada, mas, sobretudo, na saúde e na vida dos trabalhadores. Dados da literatura revelam que o processo de trabalho na área de saúde mental, nos CAPS, é gerador de desgaste àqueles que o executam (KNOKE, 2011).

### **2.3.1 Riscos, limites e potencialidades durante o processo de trabalho dos profissionais de saúde dos CAPS**

Em um processo de trabalho, a atividade executada deve operar uma transformação no objeto (ou ser vivo) sobre o qual atua por meio de instrumentos de trabalho para a produção de produtos ou de uma nova circunstância, e essa transformação está subordinada a um determinado fim. Portanto, os três elementos componentes do processo de trabalho são: a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho, o objeto de trabalho, ou seja, a matéria a que se aplica o trabalho, e os instrumentos ou meios do trabalho. Importante lembrar que o processo de trabalho e seus componentes constituem categorias de análise, portanto abstrações teóricas por meio das quais é possível abordar e compreender certos aspectos da realidade, no presente caso, as práticas de saúde, cujo trabalho constitui “a base mais fundamental de sua efetivação” (GONÇALVES, 1992).

No campo da saúde mental, a dimensão singular diz respeito ao que permanece e se enraíza nos indivíduos envolvidos por uma dinâmica institucional, o que poderia exercer-se de modo a dilapidar as vontades em jogo num espaço institucional. A dimensão singular, o coletivo institucional é, portanto, a essência do projeto terapêutico, é o lócus onde se inscreve a concepção de ser humano que determina a ação de saúde oferecida para alcançar o objetivo

de produzir produtos de saúde: cuidar, ampliar o entendimento e a apropriação do processo saúde-doença, melhoria da qualidade de vida dos usuários, entre outros (MENDES, 2007).

Do ponto de vista da ação de saúde mental, o modelo de atenção tradicional médico-centrado e hospitalar convoca um profissional subordinado à organização parcelada do trabalho institucional, originária da divisão técnica do trabalhador médico coletivo e, coerentemente, aponta a cura ou adaptabilidade social como finalidade do processo de trabalho; a doença como seu objeto de intervenção e a concepção do projeto terapêutico de competência privativa do agente médico, subsidiado preferencialmente pelo trabalho dos demais agentes de saúde de nível superior, colocando em segundo plano a percepção e o saber do portador de sofrimento psíquico, sinalizadores de um projeto singularizado e que faz sentido na sua particular experiência de adoecimento (ARANHA E SILVA, 2000).

O campo psicossocial é o lugar onde a ação de saúde é produzida. Quem a produz é um sujeito, também socialmente constituído, o que traduz, no limite da interação, o saber e o poder aderente ao seu lugar social. Dessa forma, as práticas concretas realizadas no campo da saúde mental, são responsabilidade da equipe de trabalho. Essa é a dimensão singular do trabalho em saúde. A dimensão singular trata, portanto, da organização do serviço, do modelo de atenção em saúde mental operado institucionalmente e da capacidade do serviço produzir saúde que se relaciona com o nível de satisfação de clientela e trabalhadores, resolutividade, previsibilidade de ações, disponibilidade e capacidade de absorção de demanda espontânea, ou produzida, nas ações interinstitucionais (SARACENO, 1997).

Esses elementos são a base para o funcionamento do campo psicossocial que vai gerar produtos de saúde mental. A finalidade é responder à necessidade de saúde mental de uma determinada população e gerar produtos de saúde mental (prevenção, promoção, reabilitação, redução de dano, proteção) para essa população determinada, operando macro (no caso da saúde coletiva) ou micromodelos assistenciais (no caso dos serviços). Desta forma, deve-se produzir saúde mental sem escassez ou desperdício (sempre haverá uma margem de tolerância). Portanto, deve-se saber para quem se está gerando produtos de saúde mental. Assim, delimita-se o objeto de trabalho, uma população de um determinado espaço geográfico, por exemplo, (SILVA e FONSECA, 2005).

Deste modo, no campo psicossocial, a equipe de saúde deve desenvolver as seguintes habilidades: atender a população, sustentando o vínculo do cuidado em si; e sustentar o vínculo que os mesmos estabelecem como serviço, produzindo

coletivamente a ação de saúde no âmbito da coexistência social - demandas de ordem jurídica, de sociabilidade e agremiação<sup>1</sup>, lazer, habitar e coabitar espaços privados ou públicos (SILVA e FONSECA, 2005).

Os trabalhadores de Saúde Mental no Brasil se deparam com um problema comum: as precárias condições de trabalho nas unidades públicas de saúde, o que tem contribuído para dificultar a consolidação das mudanças propostas pelo novo modelo. Apesar da relevância do tema, a produção científica sobre a saúde dos trabalhadores que atuam nesses centros ainda é escassa (RAMMINGER, 2009).

Foi realizado um estudo por Bezerra e Dimenstein (2008), nos CAPS da cidade de Natal, e foram observados os seguintes aspectos: articulação precária entre os CAPS e a rede de atenção básica, necessidade de repensar a função dos CAPS na rede e rever o modelo de funcionamento ambulatorial pregnante e a formação acadêmica dos profissionais, pois se revelou insatisfatória para o cuidado aos portadores de transtornos mentais. Deste modo, a Secretaria Municipal de Saúde de Natal pretende, com a implantação do apoio matricial, ampliar a rede de serviços substitutivos, melhorar o funcionamento dos atuais equipamentos e capacitar os profissionais de ambos os níveis de atenção, objetivando a ampliação do acesso aos serviços e os cuidados em saúde mental.

Outro estudo realizado no Amazonas revelou que a organização dos serviços de saúde mental dos três CAPS estudados nesse estado, apesar de apresentar fragilidades: escassez de recursos financeiros, materiais e humanos; apresenta potencialidades decorrentes da interação social da equipe de saúde-indivíduo-grupo-comunidade, o que repercute significativamente na execução das atividades terapêuticas, colocando-as em congruência com as diretrizes da política de saúde mental estabelecidas pelo Ministério da Saúde (NETO *et al.*, 2009)

Os CAPS são caracterizados por uma demanda assistencial crescente, e com frequência tem sido impossível atender todos os usuários que recorrem a este tipo de serviço. Além disto, não se tem propiciado o encaminhamento dessa demanda, o que tem gerado sofrimento patogênico nos trabalhadores, potencializado pela falta de condições de trabalho (LANCMAN, 2008).

Outros fatores são apontados como agravantes na rede de atendimento dos CAPS; tais como: a pobreza da população atendida, suas precárias condições de vida em geral, a violência no território, à falta de recursos humanos, materiais e de infraestrutura nos serviços,

---

<sup>1</sup> Ajuntamento, reunião.

a precariedade dos vínculos empregatícios, a dificuldade de comunicação e atuação intra e intersetorial, e a inexistência de uma rede de serviços (GUIMARÃES, JORGE, ASSIS, 2011).

Ao mesmo tempo, o trabalho realizado nos CAPS é também citado como gratificante diferenciado e inovador, por ser necessariamente interdisciplinar e multiprofissional e seu processo ser objeto de constante reflexão por parte da equipe, permitindo-se pensar o como e o porquê de realizar certo procedimento ou tomar determinada conduta. Além da equipe, ressalta-se a importância da supervisão de equipe e até mesmo da psicoterapia individual para sustentar aspectos essenciais do trabalho (ALBUQUERQUE, 2010).

Desse modo, conforma-se um panorama contrastante em relação à saúde dos trabalhadores de saúde mental. Por um lado, relatos de sofrimento, tristeza, exaustão, dificuldade de acolher o sofrimento do outro e mesmo de suportar as crises dos usuários que os procuram; por outro, o ideal de prontidão, alegria e disponibilidade, qualificação e competência para a escuta e assistência que se esperam desses trabalhadores. Tudo isso remete ao questionamento sobre como lidam os profissionais dos CAPS com os problemas relacionados à sua própria economia psicossomática e inclusive à sua saúde mental, no cotidiano de trabalho, dado o contexto em que se encontram. (MERHY, 2007).

### **2.3.2 A Saúde Mental dos trabalhadores de saúde dos CAPS**

Os profissionais que trabalham nos CAPS possuem diversas formações e integram uma equipe multiprofissional. É um grupo de diferentes técnicos de nível superior e de nível médio. Os profissionais de nível superior são: enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física ou outros necessários para as atividades oferecidas nos CAPS.

Em qualquer relação humana há mobilizações de conteúdos psíquicos que ativam afetos e representações que se estabelecem vínculos, desta forma, não é diferente o contato/vínculo entre profissional e usuário, profissional e profissional, profissional e instituição (FRAGA, 1997).

O sofrimento que emerge do lidar continuamente com fenômenos amplos e complexos como a dor psíquica constitui um aspecto diferenciador da prática dos profissionais de saúde mental. De acordo com Schmidt (2003), estes profissionais recebem, cada vez mais, uma clientela com experiências emocionais e condições de vida que demandam intervenções intensas. Trata-se de questões cujos conteúdos, de caráter bastante mobilizador, sinalizam, principalmente em instituições públicas, para uma espécie de alternativa que permita conviver

com a turbulenta realidade social, com a qual os usuários se defrontam em seu dia-a-dia. Esta realidade quase não se diverge daquela vivida pelos próprios profissionais que lidam com estes usuários; no que se relaciona a aspectos como sofrimento social e vivências de desamparo. Estas demandas repercutem nos cuidadores, indo de encontro a algumas limitações e fragilidades, provocando neles o surgimento de diversas manifestações de sofrimento e dor.

O profissional de saúde, pertencente ao campo da saúde mental, carrega implícito em seu papel, a responsabilidade de promover o bem-estar do paciente, mantendo a calma, controle e coerência em suas ações. Tais fatos levam-no a defrontar-se o tempo todo com a polaridade: expectativa *versus* limitação, além de favorecer um intenso gasto de energia, na busca pela manutenção de estereótipos e representações, reforçando a aparência de uma pessoa forte e imune (ANGERAMI, 1998).

O descompensamento emocional é comum entre os profissionais dos CAPS; visto que em ocasiões de crise dos usuários, frequentemente alguns cuidadores entram em crise de choro e desespero, mesmo vivenciando tais crises rotineiramente. É como se houvesse um limite emocional que possa ser suportado por determinado profissional de saúde, em que cada um possui sua singularidade de modo que tal limite é variável para cada um. Assim, ressalta-se a importância das reuniões de grupo, do diálogo e da atenção a estes profissionais (DEJOURS, 1992)

Tais vivências de sofrimento apontam um caráter patológico, devido à intensidade e frequência em que ocorrem; de forma a provocar diversas reações, como a apresentação de sintomas até o desinvestimento no fazer, como via de expressão de sofrimento. As manifestações observadas nestes profissionais são: tensão muscular, insegurança, desânimo, isolamento, distúrbios gástricos, aumento na ingestão de substâncias psicoativas, irritabilidade, distanciamento físico (absenteísmo) ou mental (falta de atenção), depressão, medo, ansiedade e suicídio (AMORIM, 2002).

Em um estudo realizado por Silva e Costa (2008), em que 22 profissionais de saúde dos CAPS de Goiânia-GO; de diferentes categorias foram submetidos a uma pesquisa e reflexão sobre as experiências de cuidado com o cuidador, relações interpessoais, sofrimento psíquico e dificuldades e desafios em atuar no novo modelo de atendimento em saúde mental. Identificou-se nas verbalizações dos participantes indicadores de sofrimentos psíquicos que são vivenciados no cotidiano de trabalho, envolvendo as seguintes relações: profissional-usuário, profissional-profissional (relações interpessoais) e profissional-instituição (organização do trabalho), sendo que a relação profissional-usuário aparece mais enfatizada e

mobilizadora de fortes sentimentos. Assim, constatou-se a necessidade de investimentos e ações que privilegiem o cuidado com a saúde mental desses profissionais e integrem uma política pública voltada ao servidor da saúde.

Diferentemente do cenário nacional, o estado do Amazonas ainda não conseguiu implementar na prática o serviço de Saúde Mental tal como preconizado pelo Ministério da Saúde. Até o ano de 2008, apenas três destas unidades funcionam, sendo uma delas na capital do estado, Manaus, e as outras duas nos municípios de Parintins e Tefé, o que remete à percepção de um número insuficiente de CAPS para uma população de 3.221.939 habitantes, com uma média de 0,09/100.000 hab., ficando abaixo das médias regionais: Norte (0,19), Centro-Oeste (0,27), Sudeste (0,34), Sul (0,41) e Nordeste (0,28) (COLOMBAROLLI *et al.*, 2010).

Outro tema, acerca do sofrimento psíquico dos trabalhadores em saúde mental, é uma reação ao estresse crônico presente em profissionais que têm, em seu cotidiano, o cuidar diretamente de outros como tarefa específica. Os profissionais que se dedicam ao cuidado, como profissionais de saúde, professores, assistentes sociais, bombeiros, agentes penitenciários, dentre outros, ocupam um importante lugar dentro desta problemática. Tais profissões pressupõem, além do caráter formal, uma relação que se estabelece com o outro, que demanda cuidado, de tal forma que a realização, pessoal e profissional, está diretamente ligada ao bem-estar, melhoramento e satisfação dos usuários (CODO, 1999).

A partir da década de 70, o psicanalista Freudenberger destacou a importância do termo *burnout*, caracterizando o indivíduo que se encontra frustrado ou com fadiga desencadeada pelo investimento em determinada causa, modo de vida, ou relacionamento que não correspondeu às suas expectativas. *Burnout* significa "queimar para fora", perder energia; a Síndrome de *Burnout* refere-se a uma condição de mal-estar psicológico e indisposição que decorre de uma situação de trabalho, vivenciada como estressante e permanente. O *burnout* pode ser observado quando as expectativas individuais e anseios a respeito de uma situação de trabalho, desiludidas por uma realidade que não as correspondem, deixam lugar a um sentimento de fracasso, impotência e desespero. Neste contexto, dá-se um estado de cansaço ou frustração, fruto da devoção a uma causa, um modo de vida ou uma relação que deixou de produzir as relações esperadas. Tipicamente o que vem ocorrendo com diversos profissionais de saúde dos CAPS (FIGUEIREDO, 1995).

Os profissionais que apresentam esta síndrome geralmente esquecem-se de se cuidar e buscar ajuda antes da eclosão da crise. O empenho por ajudar o outro ultrapassa os limites

pessoais o que acaba gerando uma indisponibilidade para olhar para si mesmo e perceber o quanto precisam de cuidados (CARVALHO, 2003).

Em um estudo realizado por Costa e Silva (2008), durante algumas entrevistas os participantes (profissionais de saúde de um CAPS) relataram que, os profissionais referentes, se sentem responsáveis pelos usuários que estão sob seus cuidados. Essa maior responsabilidade deve-se ao fato de que o profissional se vê diante da centralização do poder pela tomada de decisões, pois o acompanhamento do projeto terapêutico e dos objetivos traçados fazem parte de suas tarefas. Os relatos demonstram que essas experiências colocam o profissional diante de seus conflitos e inseguranças.

Esse novo cuidado no campo da saúde mental requer uma maior disponibilidade por parte do profissional, principalmente quando se é o profissional de referência. Essa atitude de disponibilidade geralmente vai além das competências técnicas para o exercício das funções que são exigidas. Esse acúmulo de exigências pode gerar tensões, adoecimentos e desequilíbrio psíquico (SILVA e MENEZES, 2008).

### 3. CONCLUSÃO/RECOMENDAÇÕES

Neste trabalho foi possível verificar que a sobrecarga e o stress sofridos pelos cuidadores de pacientes dos Caps é demasiadamente intensa e que para mitigar esta situação faz-se fundamental o papel das ações de Políticas Públicas voltadas à saúde do trabalhador, na garantia de regulamentar e implementar os projetos destinados aos profissionais da saúde mental, tendo o caráter de continuidade e efetividade. Maiores avaliações e acompanhamentos das experiências dos cuidadores dos CAPS propiciariam o aperfeiçoamento dos serviços, reformulando ações que envolvem todos os atores sociais inseridos no campo da Saúde Mental (SILVA E COSTA, 2010).

A conscientização da população é igualmente necessária para que o trabalho psicossocial proposto pela reforma psiquiátrica possa ser realizado, trazendo uma melhora efetiva para os usuários da rede de atenção à saúde mental, e para que os princípios por ela apresentados sejam atendidos em sua totalidade.

Aferiu-se também que os fatores de risco para o adoecimento psíquico dos profissionais dos CAPS são as precárias condições de trabalho nas unidades públicas de saúde; a convivência intensa com o sofrimento psíquico, que é um fator gerador de patologias psíquicas; neste trabalho foi possível aferir que tais profissionais rotineiramente sofrem de: tensão muscular, insegurança, desânimo, isolamento, distúrbios gástricos, aumento na ingestão de substâncias psicoativas, irritabilidade, distanciamento físico (absenteísmo) ou mental (falta de atenção), depressão, medo, ansiedade e suicídio. O sofrimento psíquico a que são submetidos também incluem: angústias, preocupações, decepção, frustração, dificuldades nas relações inter-pessoais, responsabilização excessiva, insatisfações e falta de reconhecimento (AMORIM, 2002).

Assim, para um novo modelo de atendimento psicossocial, busca-se o estreitamento do vínculo entre os profissionais e usuários, a proposta da interdisciplinaridade e a interlocução com as redes familiares, sociais, culturais, socioeducacionais, entre outros. O propósito é um novo cuidado que será articulado pelo referente, garantindo a continuidade do tratamento com a inclusão dos aspectos subjetivo, social, familiar e laboral; sem deixar de lado a saúde psíquica do profissional referente; permitindo-lhe diariamente uma reflexão sobre seus hábitos, pensamentos e atitudes, firmando consigo próprio um propósito de saúde mental (FURTADO E MIRANDA, 2006).

Durante a convivência dos profissionais de saúde dos CAPS com os usuários/pacientes, o desgaste emocional é intenso; assim, recomenda-se a estes profissionais

estabelecer-se rotineiramente horários para reuniões em grupo em que cada um possa expor suas inquietações à respeito do convívio com os pacientes destas unidades. Ao mesmo tempo, um psicólogo deve orientar a cada um individualmente, diagnosticando possíveis síndromes, tais como a *Burnout*, estresse, dentre outros sintomas, para que se possa tratar destes profissionais da melhor maneira possível.

Por fim, espera-se que este trabalho tenha contribuído para a discussão a respeito do repensar das práticas em saúde mental; olhando holisticamente o trabalhador/cuidador e o paciente de modo que se torne rotina as práticas à mitigação do stress patológico gerado a partir do trabalho. Além disso, o apoio das instituições governamentais é precípuo para melhorar e restabelecer um ambiente de harmonia e saúde entre profissionais e pacientes nos diferentes tipos de CAPS.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, L.G.C. **Saúde Mental em Rio Bonito**: atividade dos trabalhadores no processo de Reforma Psiquiátrica do município. 2010. 120 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2010.

AMARANTE. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 120p.

AMORIM, C. Síndrome de *burnout* em fisioterapeutas e acadêmicos de fisioterapia. In: BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. (org.) **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

ANGERAMI, V. A. **Urgências Psicológicas no Hospital**. São Paulo: Pioneira, 1998.

ARANHA E SILVA, A.L.; FONSECA, R.M.G.S. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2005 maio-junho; v.13, n. 3. p. 441 a 449, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php> . Acesso em: 03 Jan. 2015.

ARANHA, A. L. S., GUILHERME, M., ROCHA, S.S.L., SILVA, M.J.P., Comunicação e enfermagem em saúde mental - reflexões teóricas. **Rev. Latinoam. de Enf.** v. 8(5) p. 65-70; 2000.

BARROS, S. **O louco, a loucura e a alienação institucional**: o ensino de enfermagem psiquiátrica sub judice. São Paulo. 1996. 202p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1996.

BERLINSKY, I. Ambulatório: Novos rumos, novas questões. In: I SEMINÁRIO DE AMBULATÓRIOS, 2007, Niterói: **Rede de Saúde Mental de Niterói**, 2007.

BERNARDO, M. H.; SELIGMANN-SILVA, E.; MAENO, M.; KATO, M. Ainda sobre a saúde mental do trabalhador. **Rev. bras. saúde ocup.** vol.36, n.123, pp. 8-11. 2011. Acesso em: 06 jan 2015.

BEZERRA JR, B. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil, Physis: **Rev. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17 n. 2 – p. 243-250, 2007. **Disponível em:** <http://www.scielo.br/physis>. Acesso em 07 jan 2015.

\_\_\_\_\_. Saúde mental ou psiquiatria. In:3º ENCONTRO DE ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA, 1995, Ribeirão Preto. **Anais do 4º encontro de pesquisadores em saúde mental**; Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP; 1995.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 28, n. 3, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 04 jan. 2015.

BICHAFF, O **Trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial: uma reflexão crítica das práticas e suas contribuições para a consolidação da Reforma Psiquiátrica**. Dissertação: Mestrado. São Paulo. Escola de Enf. da Univ. de São Paulo. 217p. 2006.

BOFF, L. O cuidado essencial: princípio de um novo *ethos*. **Rev: Inclusão social**, Brasília, v. 1, n. 1 -p. 28-35, out./mar. 2005. Disponível em: <http://revista.ibict>. Acesso em: 06 jan. 2015.

BRASIL, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Coordenadoria de Saúde Mental. **Recomendações sobre atendimento em Saúde Mental na Rede Básica**. Rio de Janeiro, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria da Assistência à Saúde, **Portaria 336/02** de 19 de fevereiro de 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 86p, 2004.

BRASIL. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2202, 213 p. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001.

CARVALHO, V.A. **Cuidados com o cuidador**: O mundo da saúde. São Paulo, v.27, n.1,p.138 a 146. 2003.

CERQUEIRA, L. **Psiquiatria Social**: Problemas Brasileiros de Saúde Mental. Rio de Janeiro: Atheneu. 1989.

CODO, W.; **Educação**: Carinho e trabalho. Rio de Janeiro: Vozes: 1999.

COELHO, E.A.C., FONSECA, R.M.G.S. Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58 n.2, p.214, 2005. Disponível em:<http://www.periodicos.pucminas.br/index>. Acesso em: 6 Jan. 2015.

COLOMBAROLLI, M. S.; ALVES, A. C. A.; SOARES, A. C.; SOUZA J.C. P.; VELASQUEZ, M.V. KATSURAYAMA M.; **Desafios e progressos da reforma psiquiátrica no Amazonas**: as perspectivas baseadas no primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Manaus: Psicologia: Teoria e Prática. v.12 n.3, p.22-33, 2010.

COSTA, I, I.; SILVA, E. A., **Dores dos "Cuida-dores" em Saúde Mental**. Sobre a Complexidade do Sofrimento Psíquico dos Profissionais de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Brasília: Universidade de Brasília. 210p., 2013.

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: Um Paradigma das Práticas Substitutivas ao Modo Asilar. In: P. Amarante (org.), **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2000, p. 141-168.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. Tradução de Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira. 5ª ed. Ampliada. São Paulo: Cortez Oboré, 1992.

DELGADO, P.G., GOMES, M.P.C., COUTINHO, E.S.F., Novos rumos nas políticas de saúde mental no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v.17 n.3, p.452 a 453, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 8 Jan. 2015.

DEVERA D.; COSTA-ROSA A. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na praxis. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 6 n.1, p.60. 2007. Disponível em: <http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index>. Acesso em: 03 jan. 2015.

FIGUEIREDO, L.C. **Revisitando as Psicologias**: da epistemologia à ética nas práticas e discursos psicológicos. São Paulo: Vozes, 1995.

FRAGA, A. P. V. **Repercussões subjetivas do atendimento a psicóticos em profissionais de saúde mental**. 1997. 136p. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia Clínica, Universidade de Brasília, Brasília. 1997.

FREIRE, M. L. B. **O Serviço Social e a Saúde do Trabalhador diante da reestruturação produtiva nas empresas**. In: MOTA, Ana Elizabete (Org.). A nova fábrica de consenso: ensaios sobre a reestruturação empresarial, o trabalho e as demandas do serviço social. São Paulo: Cortez, p.167-194, 2000.

FURTADO, J. P.; MIRANDA, L. O dispositivo “técnico de referência” nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana. **Revista Latino americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, ano IX, n. 3, p. 508 a 524, set. 2006.

\_\_\_\_\_, ONOCKO, C. R. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. **Rev. Latino am. Psicopatol Fundam.**; v. 8 n.1, p.109 a 122. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php> . Acesso em: 04 Jan. 2015.

GLANZNER C.H. **Avaliação dos fatores de sofrimento e prazer no trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial**. 2008. [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande; 2008.

GOLDBERG, J.I. **Clínica da Psicose**: um projeto na rede pública. Rio de Janeiro: TeCorá/Instituto Franco Basaglia; 1994.

GONÇALVES, A.M., SENA, R.R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev Latino-am Enfermagem**, março; v.9 n. 2, p. 48 a 55. 2001. Disponível em: <http://www.periodicos.urca.br>. Acesso em: 13 jan 2015.

GONÇALVES, M. R.B. **Práticas de Saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992.

GUIMARÃES, J.M.X.; JORGE, M.S.B.; ASSIS, M.M.A. (In)Satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. **Ciênc saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2.145-154, 2011.

KNOKE, M.F.P.; **Trabalho em saúde mental nos centros de atenção psicossocial de salvador**: processo laboral e a saúde dos trabalhadores. Dissertação de Mestrado. Salvador,. 81p. 2011.

LANCMAN, S. (Org.). **Políticas Públicas e processos de trabalho em Saúde Mental**. Brasília: Paralelo 15, 224 p., 2008.

LUZARDO, A. R. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n.4, p. 587-94, 2006.

MENDES, A. M. Da psicodinâmica à psicopatologia do trabalho. In: MENDES, A. M. (Org.) **Psicodinâmica do trabalho**: teoria, métodos e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo,. p. 29-48, 2007.

MERHY, E.E. O CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. In: MERHY, E.E.; AMARAL, H. (Org.). **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Hucitec,. p. 55-66., 2007.

MILHOMEM, M. A. G. C; OLIVEIRA, A. G. B. O trabalho em equipe nos centros de atenção psicossocial – CAPS. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba: v. 12(1); p.101-8. 2007.

NETO, D.L.; VIEIRA, H.W.D.; ARRUDA, A. T.; FARINA H.A.D.; **Atenção à saúde mental no Amazonas, Brasil: um olhar sobre os centros de atenção psicossocial**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental - Vol.1 n.2 - Out/Dez de 2009.

OLIVEIRA, A. G. B. Trabalho e cuidado no contexto da atenção psicossocial: algumas reflexões. Esc Anna Nery; **Rev Enferm.**; v. 10(4), p.694-702, 2007.

ONOCKO C. R. Clínica: a palavra negada: sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.25 n.58, p.98 a 111. 2001.

RAMMINGER, T.;“**Cada CAPS é um CAPS**”: a importância dos saberes investidos na atividade para o desenvolvimento da atividade em saúde mental. 2009. 226 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

SARACENO B.; **Manual de saúde mental**: guia básico para atenção primária. 2ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 24 Jan. 2015.

SCHMIDT, M.L.S.; **Aconselhamento Psicológico e Instituição**: Algumas considerações sobre o serviço de Aconselhamento Psicológico do IPUSP; 2003.

SILVA, A. T. C.; MENEZES, P. R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 921-929, 2008. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/>. Acesso em: 07 jan.2015.

SILVA, A. L. A., FONSECA, R. M. G. S. Processo de Trabalho em Saúde Mental e o Campo Psicossocial. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 13(3):441-9; 2005.

SILVA, E. A., COSTA, I.C. O profissional de referência em Saúde Mental: das responsabilizações o sofrimento psíquico. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fundam.**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 635-647, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 24 Jan. 2015.