



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

ELIZAMA LEAL DE MELO LIMA

**ANÁLISE DA ATIVIDADE DE TRABALHO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE
MENTAL DA EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA**

**CAMPINA GRANDE
2019**

ELIZAMA LEAL DE MELO LIMA

**ANÁLISE DA ATIVIDADE DE TRABALHO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE
MENTAL DA EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA**

Dissertação apresentada ao
programa de Pós-Graduação em
Psicologia da Saúde pela
Universidade Estadual da Paraíba,
como requisito parcial à obtenção do
título de mestre em Psicologia da
Saúde

Área de concentração: Psicologia

Orientadora: Profa. Dra. Thais Augusta Cunha de Oliveira Máximo

**CAMPINA GRANDE
2019**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

L732a Lima, Elizama Leal de Melo.
Análise da atividade de trabalho dos profissionais de saúde mental na emergência psiquiátrica [manuscrito] / Elizama Leal de Melo Lima. - 2019.
77 p.
Digitado.
Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2019.
"Orientação : Profa. Dra. Thais Augusta Cunha de Oliveira Máximo, Departamento de Psicologia - CCBS."
1. Psicodinâmica do trabalho. 2. Emergência psiquiátrica.
3. Saúde mental. 4. Reforma psiquiátrica. I. Título
21. ed. CDD 158.7

ELIZAMA LEAL DE MELO LIMA

ANÁLISE DA ATIVIDADE DE TRABALHO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE
MENTAL DA EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA

Dissertação apresentada ao
programa de Pós-Graduação em
Psicologia da Saúde pela
Universidade Estadual da Paraíba,
como requisito parcial à obtenção do
título de mestre em Psicologia da
Saúde


Área de concentração: Psicologia

Aprovada em: 27/09/2019

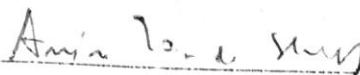
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Thais Augusta Cunha de Oliveira Máximo (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profª. Drª. Manuella Castelo Branco Pessoa
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profª. Drª. Anisio José da Silva Araújo
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Aos profissionais de saúde mental
atravessados pelo compromisso ético e
político com a atuação, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

Chegado o momento de concluir esse percurso de dois anos e seis meses, em que tantos sentimentos foram vivenciados, o que prevalece é o sentimento de gratidão, porque sim, a pós-graduação é uma travessia muito solitária, mas não sem os outros.

A Thais, que como orientadora me mostrou como essa jornada apesar de densa, poderia ainda ser leve. Agradeço por todo acolhimento e principalmente por ter acreditado em mim, nos momentos em que eu já não sabia se conseguiria.

A minha família, que represento aqui nas pessoas da minha mãe Eleoenai e do meu pai, Orlando por todo o amor e apoio incondicional, por nunca medirem os esforços para que eu conquiste os meus sonhos, que também são seus, por transmitirem os valores que me constituem enquanto sujeito e ainda por compreenderem as minhas ausências, que não são poucas.

Aos grandes amigos do mestrado, os quais levarei por toda vida pela parceria, pela disponibilidade, pelo afeto, por serem luz nessa caminhada e por segurarem tão firme a minha mão, principalmente nesse momento final demasiadamente exaustivo, de lágrimas, mas de muito riso.

Aos professores e funcionários da Universidade Estadual da Paraíba por me ensinarem tanto e de tantas formas não só sobre a academia mas também sobre a vida.

Aos amigos da graduação, aos da infância e aos da vida pela sorte de tê-los comigo, por serem tão presentes, de perto ou de longe e por atravessarem a minha existência de uma forma tão sensível e singular.

Gratidão a todos que contribuíram direta ou indiretamente para que me fosse possível chegar até aqui hoje e ao universo por toda sua grandeza.

E como dizia Clarice, “Não vê que isto aqui é como um filho nascendo? Dói. Dor é vida exacerbada. O processo dói. Vir-a-ser é uma lenta e lenta dor boa. É o espreguiçamento amplo até onde a pessoa pode se esticar. E o sangue agradece. Respiro, respiro.”

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

“Reencantar o trabalho deveria portanto ser uma prioridade da política. Reencantar o trabalho não é um objetivo ilusório. Reencantar o trabalho não demanda nada senão reconhecer e apoiar-se na força proposicional e deontica daqueles que abraçam com talento a relação entre trabalho e emancipação para levar a sua práxis até às instituições e traduzir sua experiência do mundo em arte de viver.” (Dejours, 2012, p.181)

RESUMO

Esta dissertação tem como objetivo analisar a atividade de trabalho da equipe multiprofissional de saúde mental no âmbito da emergência psiquiátrica. A perspectiva teórica adotada no estudo diz respeito a Psicodinâmica do trabalho, que consiste em uma disciplina que tem como foco o conhecimento das relações intersubjetivas das relações entre trabalho e saúde mental. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de cunho descritivo e exploratório, realizada com 13 profissionais atuantes na emergência. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas individuais gravadas, guiadas por um roteiro semiestruturado. Os resultados encontrados apontam que uma parte dos profissionais não tinha a atuação na saúde mental como perspectiva de carreira. A segunda categoria encontrada trata-se das condições de trabalho e das lacunas identificadas no serviço, que refletem diretamente nas práticas profissionais. Os resultados apontam que a atividade de trabalho é complexa e repleta de imprevisibilidades. Destacaram-se ainda as implicações da intensidade e da sobrecarga de trabalho para a subjetividade e saúde.

Palavras-chave: reforma psiquiátrica; trabalho; emergência psiquiátrica; psicodinâmica do trabalho.

ABSTRACT

This master's dissertation aims to analyze the work activity of the multi professional mental health team in the context of psychiatric emergency. The theoretical perspective adopted in the study concerns the psychodynamics of work, which consists of a discipline that focuses on the knowledge of intersubjective relations between work and mental health. This is a qualitative, descriptive and exploratory research, conducted with 13 professionals working in the mental health emergency service. Data collection was performed through recorded individual interviews, guided by a semi-structured script. Results show that a part of the professionals did not have mental health performance as a career perspective. In the second category is explored the working conditions and gaps identified in the service, which directly reflects in the professional practices. The results indicate that the work activity is complex and full of unpredictability. The implications of intensity and work overload for subjectivity and health were also highlighted.

Keywords: psychiatric reform; work; psychiatric emergency; work psychodynamics.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 10 |
| 2. MODELO DE SAÚDE INTEGRAL E SAÚDE MENTAL: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES | 19 |
| 3. A ATIVIDADE DE TRABALHO SOB A ÓTICA DA PSICODINÂMICA DO TRABALHO..... | 26 |
| 4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS..... | 36 |
| 4.1 Delineamento | 36 |
| 4.2 Local da pesquisa | 36 |
| 4.3 Participantes | 36 |
| 4.4 Instrumento e coleta de dados | 36 |
| 4.5 Procedimentos e análise dos dados..... | 37 |
| 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO | 38 |
| 5.1 Trajetória e Formação Profissional..... | 38 |
| 5.2 O Trabalho Real: Mobilização e inventividade..... | 44 |
| 5.3 Implicações da intensidade e sobrecarga de trabalho | 52 |
| 5.4 Subjetividade: relação de trabalho, prazer e reconhecimento | 59 |
| 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 63 |
| 7. REFERÊNCIAS | 65 |
| APÊNDICE A..... | 70 |
| ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA | 71 |
| ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA..... | 73 |

1. INTRODUÇÃO

Com a promulgação da Constituição Federal no ano de 1988, a saúde passou a ser considerada direito de todos os cidadãos devendo ser ofertada pelo Estado, através de políticas sociais que promovessem, dentre outras coisas o acesso universal e igualitário às ações de saúde. Para tanto, foi aprovada a Lei Orgânica de Saúde (8.080/90) que regulamentou o Sistema Único de Saúde - SUS, que parte dos princípios da Universalidade no acesso, Equidade, Integralidade e Igualdade na assistência, Regionalização, Hierarquização, Participação da comunidade e Descentralização de ações e serviços. Nesse momento, a saúde mental foi inserida de modo muito discreto nas políticas públicas e apenas em 2001, dez anos após a sanção da Lei Orgânica de Saúde, é aprovada a Lei 10.216/01 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (Noronha, Lima, & Machado, 2012; Paim & Almeida-Filho, 2014).

O cuidado em saúde mental passou por muitas mudanças principalmente após um movimento significativo organizado primariamente por profissionais de saúde e que, em seguida, obteve grande expansão social, sendo chamado de Reforma Psiquiátrica (Amarante, 1995). A partir desse movimento inicia-se um processo de desconstrução do modelo manicomial que desembocou na criação dos serviços substitutivos como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Com as conquistas do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial surgem políticas públicas voltadas para a saúde mental e em São Paulo é criado em 1987 o primeiro Centro de Atenção Psicossocial do país, tornando-se referência para a assistência em saúde mental (Mateus, 2013). São Paulo foi pioneira nesse novo modelo assim como na criação de centros de convivência, hospitais-dia e programas de inclusão. A expansão pelo país se deu a partir da regionalização e criação

de leis estaduais priorizando a criação de novos Centros de Atenção Psicossocial, que gradativamente foi sendo instalado no Brasil. A Paraíba chegou a ocupar o primeiro lugar em quantidade de CAPS no país por quantidade de habitantes, com 81 unidades segundo dados do Governo do Estado em 2013.

O desafio a partir de então é conseguir com que esses serviços funcionem em rede, integrando os novos serviços de saúde mental bem como os serviços de saúde de modo geral. Para além dessa rede de saúde um grande desafio tornou-se a criação de uma rede muito mais complexa, envolvendo a sociedade como um todo para a reintegração social dessas pessoas egressas dos hospitais psiquiátricos. Desse modo, cria-se a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial). Uma ferramenta importante de acordo com Amarante (2012) é a estratégia de saúde da família que deve funcionar como articuladora de toda a rede de saúde, promovendo ainda a inclusão social das pessoas com transtornos mentais. Nos casos em que surge uma emergência, de acordo com a nova política (Ministério da Saúde, 2002), o usuário precisa ser acolhido em hospitais gerais com leitos psiquiátricos, referência na rede, onde poderá ocorrer internações de curta duração, sem segregar o sujeito do convívio social.

Essa nova perspectiva, visando a integração do sujeito à sociedade e à família, realizando sua sociabilidade no serviço impõe uma mudança não só do sistema como também dos profissionais. A Reforma Psiquiátrica abarca, para além do campo clínico, a política, o judiciário, a sociedade e a cultura (Pelisoli, Moreira, & Kristensen, 2007). Para que os princípios da reforma sejam postos em prática na sua totalidade, abarcando ainda os princípios do SUS (universalidade, equidade e integralidade) é necessária uma ampla formação de todos os profissionais, sem restrições, que trabalham nesses serviços. Desde o modelo asilar centrado nos hospitais psiquiátricos até a Política de Saúde Mental vigente, a partir de um novo modelo humanizado de atenção à saúde

mental, os trabalhadores atuantes no campo da saúde mental precisaram adaptar-se e reinventar suas práticas.

Diante dos avanços produzidos pela Reforma Psiquiátrica na atenção à saúde mental dos indivíduos, é preciso pensar como transformar um modelo de atuação tendo em vista o abismo existente entre o que é escrito como política pública e o que é reproduzido no dia-a-dia do trabalho. Os profissionais que atuam na saúde mental são os principais atores dessa transição para o modelo mais humanizado, e a criação de políticas públicas como o Humaniza SUS - Clínica Ampliada e Compartilhada (Ministério da Saúde, 2009) garantem a necessidade da mudança de postura diante do trabalho por parte dos profissionais. No entanto, a falta de capacitação, formação, investimento, incentivo, valorização, etc., traz muitos prejuízos não só para o trabalho, como também pode provocar sofrimento psíquico para os profissionais que precisam lidar diariamente com a loucura e seus fenômenos. Principalmente quando se trata da emergência psiquiátrica, os trabalhadores deparam-se com uma atividade que pode produzir sentidos diversos e ainda desgastes físico/mental.

Dados da Secretaria de Estado de Saúde da Paraíba - SES, indicam que em levantamento realizado no ano de 2010 existiam, na Paraíba, 39 leitos psiquiátricos em hospitais gerais, 58 centros de atenção psicossocial e 27 unidades de pronto atendimento em saúde mental. Destas unidades de pronto-atendimento, caracterizadas pela curta duração, 14 estão localizadas em João Pessoa, no Pronto Atendimento em Saúde Mental - PASM, e no Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira e 13 na Unidade de Referência em Saúde Mental em Campina Grande. Apesar destes números disponibilizados pelo Governo da Paraíba, destaca-se o número exorbitante de leitos em hospitais psiquiátricos, 694, localizados nas duas cidades supracitadas e ainda na cidade de

Cajazeiras. Dados do conselho Regional de Medicina indicam que em 2016 esse número caiu para 460 leitos.

É possível perceber a dificuldade de instituir, na prática, o princípio fundamental da Reforma Psiquiátrica que é a desinstitucionalização, e o Estado da Paraíba ainda têm um longo percurso pela frente, nesse sentido. Com isso, é possível refletir ainda, acerca do grande número de profissionais atuantes nesses serviços, demonstrando a necessidade de olhar para esses profissionais, sua subjetividade, o desenvolvimento da sua atividade, bem como os impasses da atuação em uma área que busca avançar bastante em sua oferta de tratamento para se adequar ao modelo ideal. Como aponta Ramminger (2005) o trabalhador em saúde mental se constitui em um embate de perspectivas e discursos, na tensão existente entre o discurso da Reforma Psiquiátrica e o discurso médico-psiquiátrico. De acordo com Silva (2012) os profissionais depararam-se com um novo cenário de atuação, uma nova estrutura, novas formas de relacionamento sujeito-profissional, permeados por estereótipos, causando inquietações nesses trabalhadores.

As reflexões suscitadas por Nardi e Ramminger (2012) indicam uma falta de comprometimento do Estado para com a interseção entre as políticas públicas nacionais, na medida em que segregam cada uma a um Centro de Referência que em nenhum momento dialogam entre si. Estas políticas estão ainda sujeitadas ao interesse do capital e da lógica positivista. Isso pode ser percebido, por exemplo, quando se pensa sobre os critérios estabelecidos institucionalmente para verificar o nexos causal do processo saúde-doença dos trabalhadores, com a valorização muito maior de aspectos físicos, biológicos e orgânicos em detrimento de outros tipos de sofrimento (Brasil, 2012). Segundo Brant e Minayo-Gomez (2004) existe uma tendência de excluir o sofrimento das discussões sobre o mundo do trabalho e dissociá-la dos processos de

produção. No entanto, o sofrimento é inerente ao trabalho mesmo que não atue em todos os casos como algo patológico. Ainda de acordo com Nardi e Ramminger (2012): Os processos de subjetivação estão intrinsecamente associados ao trabalho, uma vez que o trabalho é o suporte central de manutenção da vida e de significação do eu no coletivo. A forma como os indivíduos vivem, sofrem e/ ou sublimam no trabalho está intimamente associada ao valor moral atribuído ao trabalho. O adoecer no trabalho, assim como a capacidade de se superar os limites impostos pela doença, são dependentes da relação construída socialmente entre os sujeitos e o trabalho, ou seja, são atravessados pelos modos de subjetivação. (p.378)

Cada tipo de trabalho possui suas demandas específicas, de vários âmbitos. No entanto, o trabalho em saúde mental, especificamente com indivíduos em crise, requer um manejo muito delicado de aspectos para o enfrentamento dos problemas. Por se tratar de um trabalho em equipe, exige do profissional o manejo das relações interprofissionais, tendo em vista ainda que os profissionais são formados em várias áreas diferentes do saber, assim como o manejo entre a equipe e os gestores que organizam o processo de trabalho. Outra demanda específica do serviço público em saúde mental diz respeito a relação entre equipe, usuários e seus familiares, cidadãos que em sofrimento psíquico demandam ainda mais do profissional.

Sampaio et al. (2011) defendem a necessidade de atitudes provenientes de três ordens . A primeira corresponde às habilidades técnicas que o profissional precisa ter, sendo estas relacionais, políticas e comunicativas, destacando-se a importância da formação contínua. Um segundo aspecto trata-se da humildade para reconhecer em certo ponto que nem todo sofrimento e anormalidades dizem respeito a uma doença e que, portanto, não podem ser submetidos a um tratamento. E o conceito de democracia, nesse sentido, visa reconhecer a necessidade existente até hoje de

simplificar e desburocratizar o acesso, estimulando a participação social e a co-responsabilização da população.

Portanto, estrutura-se a partir desta introdução ao tema e subsequentemente os capítulos que trazem a contextualização do tema de pesquisa, o referencial teórico utilizado para subsidiar a análise do trabalho que é a psicodinâmica do trabalho, desembocando no método que foi desenvolvido para a realização da pesquisa em campo, finalizando com os resultados obtidos.

Em uma busca realizada a partir da Biblioteca Virtual em Saúde com os descritores “trabalho *and* saúde mental *and* emergência psiquiátrica” foram encontrados 6 artigos na plataforma Scielo, já no Lilacs foram encontradas 39 publicações com os mesmos descritores. Contudo, a maior parte das publicações encontradas não fazem referência direta a relação do trabalhador com a atividade no contexto das urgências e emergências psiquiátricas, ou contemplam apenas o trabalho de categorias profissionais isoladas, principalmente a enfermagem. Foram encontrados muitos estudos voltados ao CAPS e seus trabalhadores, no entanto, há uma lacuna de estudos quando se trata de emergência psiquiátrica.

O presente objeto de estudo despertou interesse da sua autora a partir das experiências de estágios acadêmicos no curso de Psicologia em Centros de Atenção Psicossocial, onde é possível observar não só o tratamento que é oferecido para os usuários, como também o dia-a-dia dos profissionais e a relação que estes estabelecem com o trabalho específico em saúde mental. Para além disto, outra experiência determinante para estudar o tema decorre de um estágio extracurricular com duração de um ano, em uma clínica psiquiátrica na cidade de Campina Grande, que trabalha com internações de sujeitos em surto no âmbito do SUS.

O tema torna-se relevante teoricamente pela constatação da escassez de estudos voltados diretamente para a atividade dos profissionais atuantes na emergência e pronto atendimento em saúde mental. Sua relevância é ainda social e política tendo em vista o contexto atual da saúde mental no país, onde retorna cada vez mais a discussão sobre o tratamento manicomial, os procedimentos invasivos de tratamento e o sucateamento que vem sofrendo os serviços substitutivos conquistados através do movimento que resultou na Reforma Psiquiátrica. Atualmente no Brasil se discute a portaria nº 3.588 (Brasil, 2017) instituída pelo Ministério da Saúde que volta a investir no modelo hospitalocêntrico causando grande preocupação entre os profissionais da saúde mental pelo retrocesso que apresenta diante da Política de Saúde Mental. Recentemente foi lançada a Nota Técnica 11/2019 com “Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre drogas” (Ministério da Saúde, 2019, p.1) na qual se amplia o incentivo aos hospitais psiquiátricos e considera que nenhum serviço será substitutivo de outro, considerando todas com a mesma importância e “não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza” (Ministério da Saúde, 2019, p. 2-3). Apesar de citar que não tem o objetivo de perder a essência e o respeito à lei 10.216/01, o teor do texto se coloca em sentido oposto aos preceitos da referida lei. A desinstitucionalização deixa de ser pensada como o era, ferindo gravemente os avanços que se teve com a Reforma.

No que se refere aos leitos psiquiátricos em Hospital geral, a nota técnica refere a importância da equipe multiprofissional, onde a quantidade de leitos deverá ser de oito a trinta, por enfermaria. No entanto, percebe-se claramente o desmonte às estratégias de cuidado preconizadas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira a qual o atual governo retrógrado se propõe. Além do caráter autoritário com o qual se impõe, sem nenhum debate democrático, não só o incentivo aos hospitais psiquiátricos como também o

incentivo as comunidades terapêuticas de caráter exclusivamente religioso para tratamento de usuários de álcool e outras drogas, abrindo mão da redução de danos para preconizar o modelo de abstinência total (Guljor, 2019). A relevância social pode ser considerada ainda pela falta de atenção voltada ao trabalhador em saúde mental em termos de políticas públicas, tendo em vista o desgaste psíquico e emocional que muitas vezes esse tipo de trabalho acarreta devido a vários fatores, seja de formação profissional ou pessoal.

Outro elemento importante a ser considerado, diz respeito ao contexto histórico das cidades de Campina Grande e João Pessoa, sendo estas cidades paraibanas que constituem um marco no movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Campina Grande foi, por muitos anos, sede de um hospital psiquiátrico baseado em modelos completamente inadequados de tratamento, que culminou no fechamento dessa instituição no ano de 2005 tendo em vista às péssimas condições as quais o tratamento era proposto (Brito, 2011).

Atualmente Campina Grande conta com uma Unidade de Referência de Pronto Atendimento Psiquiátrico e uma Clínica Psiquiátrica que também realiza atendimentos emergenciais. Já a cidade de João Pessoa, capital do estado, foi cenário de um outro hospital psiquiátrico que precisou rigidamente se adequar ao novo modelo de tratamento dos transtornos mentais, principalmente a partir da lei municipal nº. 12.296/12 que “institui a rede de atenção à saúde mental com ênfase na desinstitucionalização e na integralidade das ações em saúde no âmbito do município de João Pessoa” (Paço do Gabinete da Prefeitura Municipal de João Pessoa - PB, 2013).

Refletindo acerca desse percurso realizado no trabalho em saúde mental no contexto brasileiro, bem como o processo complexo de mudanças é que se justifica a pesquisa em questão propondo-se como objetivo geral analisar a realização da atividade

de trabalho em equipe multiprofissional de saúde mental no âmbito da emergência psiquiátrica e a relação entre o processo de trabalho - saúde - doença. Para tanto investigou-se as condições e a organização do trabalho de uma equipe multiprofissional em emergência psiquiátrica, buscando compreender como o trabalhador desenvolve e lida com a inteligência astuciosa, identificar fontes de prazer e sofrimento no trabalho, conhecer as estratégias defensivas individuais e coletivas desenvolvidas pelo trabalhador para lidar com a atividade que desenvolve e identificar as formas de cooperação existentes para o exercício da atividade.

2. MODELO DE SAÚDE INTEGRAL E SAÚDE MENTAL: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

O processo de construção da saúde como um direito de todos os brasileiros e a construção das políticas públicas sofreram influência direta dos momentos políticos e históricos que o país vivenciou. A concentração do poder e a exclusão das classes menos favorecidas economicamente são características marcantes das primeiras concepções de saúde no Brasil. O período da Primeira República que abarca o período de 1889 a 1930 foi marcado pela implantação de programas de saúde pública, com uma concepção biologicista e higienista, combatendo epidemias e endemias urbanas e rurais. As intervenções eram pensadas de modo repressivo, atuando no corpo individual e social com base em políticas criadas nesse período centradas no corporativismo e na supervalorização da medicina. A partir do ano 1930 até 1950 perdurou o período Populista, com destaque para os programas de seguridade social apoiados pelos sindicatos e institutos que, por sua vez, ofereciam esses serviços e auxílios apenas para trabalhadores que por sua vez eram controlados pelo Estado (Escorel, 2012; Ramminger, 2005).

Durante a década seguinte o foco manteve-se na tentativa de implantar um projeto nacional voltado ao crescimento econômico atendendo ao modelo capitalista, provocando um desmonte dos regimes anteriores. A população brasileira encontrava-se nesse momento entre o modelo campanhista de saúde pública e o modelo curativista dos serviços médicos da previdência, permanecendo em situações precárias. Diante desse problema estrutural, a elite progressista responsável por diversos movimentos sociais nos anos 1960, encontrou como saída reformas de base imediatas que assegurassem uma reforma sanitária bem estruturada (Ramminger, 2005). Esse movimento provocou uma resposta da elite conservadora desembocando no golpe que originou a ditadura

militar. Esse regime caracterizava-se, segundo Escorel (2012) pelo autoritarismo e prevalência da privatização, buscando-se alavancar a economia diminuindo os gastos com políticas sociais. Após dez anos de regime militar o que restou para a saúde brasileira foi uma realidade extremamente precária, com a privatização de leitos, e a criação de planos de saúde privados.

Com o início do governo seguinte surgem mudanças mais concretas, tendo em vista o contexto do fim da censura e a liberdade maior do povo para mobilizações em torno de objetivos comuns. Constituiu-se, com isso, a Reforma Sanitária Brasileira. Uma ferramenta importante para a reestruturação do modelo de saúde brasileiro foram as Conferências de Saúde que ocorrem até hoje nas quais são discutidos os principais problemas da saúde da sociedade bem como os desafios a serem enfrentados em busca de uma qualidade de vida para os cidadãos (Escorel, 2012). O Relatório fruto da VIII Conferência Nacional de Saúde que ocorreu em março de 1986 foi um documento que contribuiu de modo fundamental para concretização do SUS regulamentado pela lei 8.080 (Ramminger, 2005).

Segundo Menicucci (2014) a reforma sanitária causou uma ruptura total com o modelo de saúde que era defendido até então, provocando um reordenamento ideológico e institucional, realizando uma mudança na arena política da saúde. Os profissionais de saúde e os indivíduos relacionados a esse setor mobilizaram-se em busca da transformação do setor de saúde. Para que a reforma se concretizasse, houve a mobilização principalmente de três vertentes, o movimento estudantil e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, o movimento dos Médicos Residentes e de Renovação Médica e os profissionais da área acadêmica (Escorel, 2012). É importante ressaltar que a Previdência Social esteve diretamente ligada a esse processo.

Desde o início da Reforma Sanitária Brasileira que culminou na criação do SUS têm-se uma visão de projeto civilizatório que se propõe a produzir mudanças não só no campo da saúde, mas sim ultrapassar esses limites, adentrando nas questões sociais. Esse projeto civilizatório produz ainda mudanças nos valores da sociedade, estabelecendo a saúde como eixo central na transformação que se busca. Assim, a saúde é considerada um valor estruturante e em constante estruturação (Paim, Almeida-Filho, 2014).

Nesse contexto de lutas e reformas no modelo de saúde no Brasil até o momento atual caminham juntas lutas e reformas no modo de tratar e cuidar da saúde mental. De acordo com Amarante (2012) a preocupação em criar um espaço separado para os loucos na sociedade surge muito cedo no Brasil desde a criação do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro em 1852, denominado Hospício de Pedro II. Pouco tempo depois passou a receber críticas da sociedade médica por ser caracterizado como instituição de caridade vinculada a igreja, desconsiderando parâmetros terapêuticos. Em seguida surgem muitas instituições semelhantes em todo país. Nos 100 anos seguintes o modelo de atenção às pessoas com transtornos mentais resume-se apenas a implantação de hospitais psiquiátricos com o mesmo modelo de atenção. Até o início do século XX, os projetos de saúde mental buscavam criar cidades manicômios, exclusivo para os alienados, demonstrando assim a lógica de segregação instaurada no país (Ramminger, 2005).

De acordo com Botega (2006) tornou-se necessário a implantação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais tendo em vista a ineficácia do tratamento segregador dos manicômios. Nos leitos de hospitais gerais tem-se avanços na medida em que desenvolve-se estratégias terapêuticas que possibilitam uma integração da equipe composta por diversas profissões, destacando a importância das interconsultas.

Posteriormente no contexto da ditadura militar cresceu substancialmente o número de leitos psiquiátricos privados agravando ainda mais o contexto da saúde mental no país. Essa realidade começou a mudar parcialmente a partir da redemocratização nacional, culminando na Reforma Psiquiátrica Brasileira no final da década de 1970. Até então não se discutiam as práticas desumanas cometidas dentro dos hospitais psiquiátricos, que geravam muito mais sofrimento do que de fato um tratamento. Desse modo, médicos insatisfeitos com esse modelo de des-atenção denunciaram os maus tratos sofridos pelos loucos internos nos hospitais e no entanto, a resposta que obtiveram foi a perseguição bem como demissão dos profissionais insatisfeitos. Em contrapartida a esse fato foi organizado o primeiro movimento social na área de saúde mental, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Esses trabalhadores participaram de eventos científicos importantes da época e criaram um espaço de debate político sobre o modelo de assistência psiquiátrica brasileira que foi essencial para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. A partir de então o lema “Por uma sociedade sem manicômios” passou a ser utilizado como símbolo da luta por um modelo de assistência mais digno para indivíduos com transtornos mentais, bem como a desinstitucionalização destes para ambientes mais apropriados de tratamento, apesar de que a consolidação desses princípios enquanto política pública só se deu posteriormente (Amarante, 2012; Feitosa et al., 2012).

Nessa perspectiva, o tratamento deixa de ser pensado apenas para a doença, tratando o sujeito como um ser completamente compartimentalizado e passa a considerar o sujeito imerso em seu contexto social, abrangendo toda a complexidade necessária para tratar o sofrimento psíquico. Desconstruir a noção que se tinha do modelo hospitalocêntrico tido culturalmente como ideal foi um processo que se desenvolveu ao longo dos anos seguintes. As discussões em torno da reestruturação da

assistência psiquiátrica no país tiveram destaque e marcos significativos principalmente na década de 1980 e 1990 como a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica realizada em Caracas provocando uma mudança de perspectiva em toda a América Latina (Hirdes, 2009).

Uma das maiores conquistas decorrentes da Reforma Psiquiátrica foi a criação da Lei 10.216 (Brasil, 2001) que dispõe dos direitos das pessoas com transtornos mentais bem como a proteção destas no convívio social e acima de tudo assegura que estes devem ser tratados com respeito e dignidade, uma visão bem diferente do que ocorria nos hospícios. A partir dessa nova lei foi criado o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH) que foi responsável pela fiscalização dos hospitais psiquiátricos ocasionando o fechamento de vários destes em decorrência do processo de tratamento extremamente desumano e sem estrutura.

A partir de então começa o processo de implantação dos serviços substitutivos aos hospitais que estavam sendo gradativamente fechados, tal como propõe a Política Nacional de Saúde Mental (Ministério da Saúde, 2001) como os Centros de Atenção Psicossocial, leitos psiquiátricos em hospitais gerais e residências terapêuticas de acordo com as necessidades específicas de cada local. Após a criação do primeiro CAPS na cidade de São Paulo, várias outras regiões brasileiras começam a implantar o serviço. Amarante e Torre (2001) defendem que é necessário pensar o processo não só como reforma, mas também como ruptura, pois sem ruptura não existe espaço para que os novos serviços possam emergir, a fim de evitar uma nova roupagem para velhos princípios, ou seja, uma nova máscara para velhas práticas.

A equipe atuante no CAPS é multiprofissional e precisa desenvolver atividade de diversos âmbitos, como atendimentos individuais e grupais, oficinas terapêuticas, atividades físicas e lúdicas, arte-terapia e ainda tratamento medicamentoso que antes era

a principal ferramenta de tratamento. Outro aspecto importante é a relevância que se dá a família dentro do tratamento, sendo parte fundamental, possuindo livre acesso ao serviço, bem como atividades desenvolvidas especificamente para agregar a família ao tratamento (Hirdes, 2009; Mielke et al., 2009).

Após alguns anos de Reforma Psiquiátrica ainda é perceptível a dificuldade de superação do discurso médico-psiquiátrico, se faz necessário um processo mais profundo que tem caminhado a passos lentos no que diz respeito a desinstitucionalização das práticas tradicionais como é possível perceber nos resultados do estudo realizado por Zgiet (2013). O que se encontra muitas vezes são serviços centrados no modelo biomédico, predominante nas práticas que ocorriam nos hospitais psiquiátricos. Ramminger (2005) destaca a importância de olhar para esse problema de modo crítico para que não se perca a atenção aos diversos discursos que atravessam o trabalho em saúde mental.

No campo prático atualmente o que pode ser visto algumas vezes, são profissionais com formações inadequadas para a atuação proposta pela reforma, humanizado e comprometido com a integração social. Caçapava, Colvero e Pereira (2009) nos diz que:

É necessário que os profissionais de saúde se apropriem da compreensão do social, construindo estratégias operativas que ajudem a transformar a vida dos usuários com transtornos mentais, criando uma emancipação progressiva da doença, do estigma e da instituição (...), através da conformação de uma rede de cuidados em saúde mental, no território, que permita: a intervenção sobre as condições de vida da população, valorizando o processo de construção da saúde no 'contexto da própria vida' [...]. (p. 449).

Portanto, não basta a criação de novas leis e políticas públicas se não houver uma mudança também na formação dos trabalhadores da saúde mental. Essa formação precisa estar orientada para as mudanças e os avanços que ocorrem, tendo em vista que a Rede de Atenção Psicossocial é ampla e complexa, abrangendo várias especialidades e serviços. Assim como os serviços substitutivos, outra proposta implantada pela Política Nacional de Saúde Mental, diz respeito à criação de leitos para emergência psiquiátrica dentro dos hospitais gerais. Esses leitos são criados com o intuito de promover uma recuperação mais rápida do sujeito em sofrimento psíquico sem privá-lo do meio social, como ocorria nos manicômios. Nesse sentido, também se retira o estigma do internamento isolado em hospital psiquiátrico, tendo em vista ainda o preconceito que existe na sociedade com os indivíduos portadores de transtorno mental. Contudo, essa discussão torna-se delicada, na medida em que sofre alterações significativas a partir da nota técnica 310/19.

3. A ATIVIDADE DE TRABALHO SOB A ÓTICA DA PSICODINÂMICA DO TRABALHO

A Psicodinâmica do trabalho trata-se de uma abordagem peculiar do contexto do trabalho tendo em vista que se configura tanto como clínica e ainda método de pesquisa. Um dos principais estudiosos desta clínica do trabalho e que este capítulo terá como personagem principal, que adquire destaque a partir da relevância de seus escritos, trata-se de Christophe Dejours, médico francês interessado pela psicossomática e pela psicanálise. Ele se dedica a estudar as relações entre trabalho e saúde a partir de um novo modelo de pensamento diferente de tudo que já havia sido postulado (Dejours, 2004). A seguir serão explanados conceitos-chave da Psicodinâmica do trabalho para que seja possível a sua compreensão como clínica e como método de pesquisa, tais como a organização do trabalho, suas condições, a inteligência astuciosa desenvolvida pelos trabalhadores, bem como as estratégias de defesa individuais e coletivas. Será ainda contemplado a perspectiva do autor sobre regras de ofício, mobilização subjetiva, prazer e sofrimento no trabalho e o conceito de cooperação, fundamental para o estudo do trabalho multiprofissional.

A organização do trabalho é geradora de controvérsias desde muito tempo e nesse sentido, impõe-se como um obstáculo a avaliação do trabalho, tendo em vista a complexidade deste. Segundo Dejours (2008) não há como medir o trabalho tendo em vista que o mesmo é fruto de uma experiência subjetiva e que, portanto, é incomensurável. As variáveis concernentes ao trabalho, separadamente, não são capazes de defini-lo ou até mesmo medi-lo. Se considerar apenas o tempo de trabalho, por exemplo, não é possível avaliar a intensidade. O desafio que se coloca, então, é encontrar meios de conceber e avaliar o trabalho considerando a dimensão qualitativa,

que envolve o sofrimento gerado pelo/no trabalho e os destinos dessa subjetividade na realização da atividade (Dejours, 2008).

Nesse sentido, percebe-se cada vez mais o surgimento de novas patologias no trabalho, doenças físicas e mentais. Para estudar esses fenômenos, surge na França a disciplina nomeada Psicopatologia do Trabalho, no entremeio às duas guerras, consolidando-se na década de 1950 com o esforço para descrever as doenças mentais geradas pelo trabalho (Dejours, 2007). Mesmo nesse período inicial de fundação, já se discutia mesmo que implicitamente um modelo causal sobre as vicissitudes do trabalho (Dejours, 2011b):

No entendimento que eu tinha então da relação entre os homens e o trabalho, a organização do trabalho – conceito chave – era considerada como um dado preexistente ao encontro do homem com o seu trabalho, como um conjunto de constrangimentos maciço, monolítico, inflexível inexorável mesmo, com o peso da rigidez dos minerais. (p. 60)

Nos anos 1970 com o crescimento das novas tecnologias, dentre elas a robotização, que transformou a organização do trabalho, entra em crise novamente o modo de avaliação do trabalho (Dejours, 2008). A partir dos anos 1980 o campo de pesquisa do trabalho se amplia substancialmente, emergindo a necessidade de não só descrever as doenças mentais, mas compreender como os sujeitos conseguem, em seu contexto de trabalho, - onde predomina muitas vezes a pressão organizacional - driblar a doença mental (Dejours, 2007). Nesse mesmo período, Dejours publica seu primeiro livro traduzido no Brasil como Loucura do Trabalho: Estudo de Psicopatologia do trabalho. Ainda durante as pesquisas iniciais em Psicopatologia do trabalho, surge um conflito que se coloca como central, segundo Dejours (Dejours, 2011b) que é o conflito entre organização do trabalho e o funcionamento psíquico.

Os homens não eram passivos ante os constrangimentos organizacionais, eram capazes de se proteger dos eventuais efeitos nocivos sobre sua saúde mental, bem como de conjurar a saída “natural” que representava o espectro da doença mental. Sofriam, certamente, mas sua liberdade podia ser exercida na construção de estratégias defensivas individuais ou coletivas. (p. 61)

Todo esse cenário desembocou na insuficiência do termo Psicopatologia pois o trabalho não gera apenas doença e sofrimento psíquico, bem como não é estático, permanece em constante mudança e transformação. A psicopatologia não conseguia até então estabelecer a relação causal entre a organização do trabalho e a realização do trabalho vivo e real. As mudanças na organização do trabalho despertaram então, em Dejours a necessidade de se avançar diante dos estudos sobre o trabalho, avançando dentre outras coisas em direção a normalidade enigmática, buscando compreender como se constitui a subjetividade no trabalho e seus reflexos na prática. Dejours introduz então outra nomenclatura no início da década de 90 - Psicodinâmica do Trabalho, como uma abordagem autônoma, tendo seu objeto, conceitos e método próprios. Esse momento caracteriza-se como um marco no estudo da clínica do trabalho, inaugurando um caminho próprio, avançando diante da forma como se estudava as relações entre trabalho e saúde, principalmente por seu caráter dialético (Dejours, 2011b; 2007).

O objeto de estudo da Psicodinâmica do Trabalho consiste a partir de então nas relações dinâmicas entre a organização do trabalho e os processos de subjetivação concernentes as vivências de prazer e sofrimento no trabalho, bem como patologias sociais, contradições da organização do trabalho, saúde e adoecimento (Mendes, 2007). Em se tratando do percurso realizado pela Psicodinâmica do Trabalho pode-se pensar cronologicamente com a publicação do primeiro Livro de Dejours, onde o foco encontrava-se no estudo da origem do sofrimento, confrontando sujeito e organização

do Trabalho. Em seguida lançou outras duas obras subsequentes, buscando-se estruturar como abordagem de estudo do trabalho, com foco no prazer e sofrimento e nas estratégias utilizadas pelos trabalhadores para manter a saúde. No final dos anos 90 já com grande repercussão, a psicodinâmica como uma abordagem que conseguiria explicitar os efeitos do trabalho sobre o processo de subjetivação dos sujeitos. Encontramos com Dejours (2012) a seguinte definição para a Psicodinâmica do trabalho:

A Psicodinâmica do trabalho é antes uma disciplina clínica que se sustenta na descrição e no conhecimento das relações entre trabalho e saúde mental. É, em seguida, uma disciplina teórica que se esforça por inscrever os resultados da pesquisa clínica da relação com o trabalho em uma teoria do sujeito que observe, a um só tempo, a psicanálise e a teoria social. (p. 23)

De acordo com Dejours (2007; 2008) a maior característica do trabalho é que mesmo com toda a organização e concepção bem estabelecida do trabalho é impossível que os objetivos e a qualidade sejam alcançados se as prescrições forem estritamente e escrupulosamente respeitadas. No real do trabalho ocorrem eventos inesperados, panes, incidentes, imprevistos que provocam uma discrepância entre o trabalho prescrito e o trabalho real, desse modo, não existe trabalho que se limite apenas a execução. Esse entremeio, o hiato que há entre prescrito e real precisa ser inventado ou descoberto pelo trabalhador a partir de estratégias próprias.

Nesse sentido, para Dejours (2008), “trabalhar é fracassar. O mundo real existe” (p. 37) “Trabalhar bem é sempre cometer infração” (p. 38), no entanto, “O trabalho continua sendo mediador insubstituível da realização pessoal no campo social; O trabalho é central em face da construção da identidade e da saúde, realização, relações, evolução da convivência e da cultura” (Dejours, 2007, p. 25). Percebe-se, nas palavras

do autor, a constante afirmação da dualidade do trabalho, como fonte de prazer e sofrimento a partir de forças contraditórias e conflituosas, visíveis e invisíveis, objetivas e subjetivas, psíquicas e sociais, sendo uma construção dialética que pode transformar o trabalho em saúde e/ou patologia.

O trabalho inclui o investimento da inteligência prática do sujeito, bem como sua personalidade. Um elemento importante da inteligência no trabalho para Dejours, é se mostrar discreto. A inteligência caracteriza-se pela intimidade entre o corpo, o objeto de trabalho, a matéria e a ferramenta. O autor formula, pois, o conceito de Inteligência Astuciosa, que refere-se a essa inteligência prática, do saber-fazer, construído pelo sujeito, memorizado e executado pelo corpo através da percepção e da intuição dos trabalhadores. Nas palavras de Dejours (2012):

O real do trabalho não é apenas o real no cumprimento de uma tarefa, ou seja, o que, pela experiência do corpo a corpo com a matéria e os objetos técnicos, faz-se conhecer pelo sujeito a partir de sua resistência e de seu domínio. Trabalhar é também experimentar a resistência do mundo social e, mais precisamente, das relações sociais na implantação da inteligência e da subjetividade. O real do trabalho não é apenas o mundo real objetivo, é ainda o real do mundo social. (p. 36)

Nesse sentido dá-se a transgressão das prescrições, em detrimento de procedimentos mais efetivos e eficazes para alcançar os fins da produção, privilegiando habilidades e inovações. Assim, o conhecimento do trabalho, é também conhecimento do corpo, e vice-versa, essa mobilização do corpo no trabalho é tida como Atividade Subjetivante (Dejours, 2008; Mendes, 2007).

A mobilização e o engajamento do sujeito é central na Organização do Trabalho, esta última definida por Dejours como a divisão, o conteúdo da tarefa, as

relações de poder e responsabilidade e as modalidades de comando. Para lidar com a organização do trabalho, o sujeito se utiliza não só da inteligência prática, como também de estratégias defensivas diante do sofrimento provocado pelo trabalho. O sofrimento é intrínseco a condição humana e pode operar como transformador da realidade, “Trabalhar é também suportar esse sofrimento” (Dejours, 2008).

As estratégias defensivas para Dejours (2008), são regras de condutas, construídas e praticadas por trabalhadores através da sutileza e da engenhosidade, podendo ser individuais ou coletivas. Esse processo de criação de defesas ocorre de modo inconsciente e os trabalhadores não falam dessas estratégias diretamente, sendo visto algumas vezes como automático. O sofrimento e as estratégias de defesa exercem uma função importante para garantir a saúde, porém estão em um limiar ínfimo entre a construção de identidade e a alienação, podendo funcionar a serviço da ideologia produtivista provocando dominação, servidão, exigências e injustiças.

As estratégias de defesa podem ser de proteção, adaptação e exploração. As estratégias de defesa de proteção são baseadas na compensação, a partir de modos de pensar e agir, para lidar com o sofrimento, evitando inclusive, pensar durante o trabalho. Já as estratégias de adaptação e exploração surgem a partir do envolvimento do corpo, da força física, para alcançar os objetivos da produção, centrando todas as suas energias na atividade, submetendo o próprio desejo ao desejo perverso das prescrições e da organização do trabalho (Dejours, 2007).

Outro modo de lidar com o sofrimento é a partir da Mobilização Subjetiva, fenômeno psíquico que ocorre diferentemente das estratégias de defesa, ao invés da negação do sofrimento, ocorre a ressignificação deste. Esse conceito também é central para a psicodinâmica pois está diretamente relacionada ao conceito de trabalho para Dejours. É através dessa mobilização que ocorre o engajamento ao trabalho, onde o

trabalhador deposita algo da sua subjetividade, do seu corpo, da inteligência prática e da cooperação. Em decorrência desse engajamento o sujeito adentra na dinâmica do reconhecimento, a partir da recompensa e retribuição que ocorre por parte da organização e do público. O reconhecimento gera o fortalecimento psíquico e promove saúde, por outro lado, abre espaço para a captura da subjetividade e a dominação (Dejours, 2007). “É sempre afetivamente que o real do mundo se revela ao sujeito” (Dejours, 2008, p. 39).

O trabalho é ainda pensado a partir da carga que demanda do sujeito, e pode então ser dividida em carga física e carga mental. Essa segunda, carrega uma série de fenômenos que influenciam no dia-a-dia do trabalho, como os fenômenos de ordem neurofisiológica, psicológica, psicossociológica, tais como caráter, comportamento, motivações e psicopatologias. O avanço que Dejours (2013) realiza nessa perspectiva, trata-se principalmente da nova assimilação do conceito de carga, que na ergonomia era utilizada associando-se a quantificação e objetividade. Para se falar em carga psíquica é preciso ter em mente que não se pode quantificar uma vivência, pois esta é, primordialmente qualitativa. A subjetividade concernente a relação do homem com o trabalho possui várias ressonâncias concretas e reais que podem ser observadas, no entanto, trata-se de uma armadilha tentar quantificá-las. Como saída para esse impasse com a quantificação, o autor propõe um novo modelo, que denomina “abordagem econômica do funcionamento psíquico” baseando-se em teorias freudianas e na clínica médica (Dejours, 2013).

As principais vias de descarga são as vias psíquica, via motora e via visceral. Quando o trabalhador vive um momento de excitação acumulada, desencadeia e origina uma experiência de tensão psíquica e dependendo das circunstâncias o sujeito pode produzir fantasmas agressivos que por si só já consomem energia pulsional provocando

uma descarga. Um outro sujeito, talvez não consiga executar a descarga por essa via e utiliza a sua musculatura como fuga, atos violentos, que podem ser considerados comportamentais ou psicomotores. Quando nenhuma dessas descargas é possível a energia é descarregada por meio do sistema nervoso autônomo, provocando uma série de desarranjo das funções somáticas, pela via visceral (Dejours, 2013).

Em sua obra, ele explica ainda que durante o desenvolvimento da personalidade humana essas vias são organizadas hierarquicamente, estabelecendo-se no topo a via psíquica, depois a via motora e por último a visceral. Com isso é possível retirar premissas fundamentais para compreender a relação do homem com o trabalho, tendo em vista que o organismo do trabalhador não funciona como um motor, mas que está o tempo todo acometido a excitações internas e externas. Não sendo uma máquina, o sujeito não chega ao ambiente de trabalho sem experiências anteriores, ele é, pois, arraigado por suas vivências pessoais, desejos, motivações, tornando cada trabalhador, único, impossibilitando a generalização do trabalho. Isso é observado principalmente nas vias de descarga inconscientes que o sujeito lança mão, que nunca serão iguais, compondo a estrutura da personalidade do indivíduo (Dejours, 2013).

Em linhas gerais o autor pondera que a energia psíquica utilizada para realização de uma tarefa pode ser ainda uma das vias que provocam o prazer no trabalho, a partir da diminuição da carga psíquica. Dito de outro modo, o trabalho que proporciona uma diminuição da carga psíquica, na maior parte das vezes pode ser considerado equilibrante, mas se ele provoca o aumento da carga psíquica, torna-se fatigante (Dejours, 2013).

A carga psíquica relaciona-se ainda ao modo de trabalho, seja ele individual ou coletivo. O trabalho coletivo é essencial para a utilização da inteligência, das habilidades e da engenhosidade que existe em cada sujeito, bem como a contribuição a

cultura e a organização. O trabalho coletivo, assim como o individual mobiliza a inteligência inventiva, enquanto trabalho vivo. No entanto, essa inteligência inventiva é particular de cada sujeito, e não se apresenta, em separado, como possibilidade de aproximação, ou seja, o trabalho coletivo comportando as inteligências diversas, incorre na divergência, na discordância e na incoerência. Para que o trabalho coletivo seja possível é fundamental reunir as inteligências com o objetivo de criar uma dinâmica coletiva comum e aí se situa um grande desafio (Dejours, 2012).

Um dos aspectos mais importantes para o trabalho coletivo refere-se à cooperação, que pode ser definida como os laços construídos entre os trabalhadores para realizar uma obra comum. No entanto, a cooperação possui várias dimensões, os laços construídos possuem natureza simbólica e representam a relação de interdependência e intercompreensão no trabalho. De antemão esses laços não existem e são criados a partir dos resultados de uma construção humana baseados no contexto subjetivo, social e material do trabalho no qual os trabalhadores estão situados. Pode-se pensar ainda que a cooperação surge como uma vontade coletiva que funda um coletivo de trabalho. Dejours (1993) se debruça sobre vários aspectos da cooperação tais como a natureza dos laços, as condições que os agentes possuem para construir os laços, bem como os requisitos intersubjetivos para tal finalidade.

A organização do trabalho está intimamente ligada as formas de cooperação, no entanto, não as determina. A organização do trabalho tem a função de definir a divisão das tarefas entre os trabalhadores, tais como a hierarquização, as responsabilidades, prerrogativas, relações de poder, etc. É então essencial para definir, mesmo que indiretamente, as formas de cooperação. Nas palavras de Dejours (2012):

A cooperação supõe um compromisso que é a um só tempo técnico e social. Isso se deve ao fato de que trabalhar não é, em tempo algum, apenas produzir: é

também viver junto. E viver junto não é um pressuposto em si, supõe a mobilização da vontade dos trabalhadores com o objetivo de conjurar a violência no âmbito dos litígios ou das desavenças capazes de produzir desacordos entre as partes, sobre as maneiras de trabalhar. (p. 38)

A cooperação é, desse modo, um elemento importante ao sucesso da organização do trabalho, tendo em vista que estão intimamente ligados. O laço de cooperação é condição essencial para que se exista um coletivo de trabalho, sendo ainda fundamental para a transformação do sofrimento no trabalho em prazer (Dejours, 2012).

Isso desemboca ainda na noção de reconhecimento, formulada no contexto da psicodinâmica como uma retribuição de natureza fundamentalmente simbólica esperada pelos sujeitos. Esse reconhecimento se dá, pois, segundo Dejours (2011b) a partir de duas dimensões diferentes, sendo estas no sentido da constatação na realidade da contribuição específica de cada um e no sentido da gratidão pela contribuição a organização do trabalho por parte dos trabalhadores. A falta de reconhecimento é citada com frequência pelos trabalhadores e ainda de acordo com o autor constitui uma das pontas do triângulo da psicodinâmica do trabalho.

Conhecendo esses conceitos fundamentais a Psicodinâmica do Trabalho Dejouriana pode-se adentrar ao percurso metodológico que foi adotado para realização do presente estudo.

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Delineamento

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativo, descritivo, e exploratório fundamentada na Psicodinâmica do Trabalho como teoria e técnica. A pesquisa qualitativa caracteriza-se principalmente pelo compromisso com os sentidos e significados atribuídos pelos participantes do estudo sobre o tema pesquisado. Trata-se, portanto de um estudo acerca de fenômenos que não podem ser quantificados privilegiando os sujeitos como atores sociais da própria vida (Laville e Dionne, 1999).

4.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada em um Hospital caracterizado por ser o primeiro Hospital Geral da Paraíba a dispor de leitos para Emergência Psiquiátrica. Essa instituição atua como a Unidade de Referência em Saúde Mental da região.

4.3 Participantes

Participaram deste estudo 13 profissionais que compõem a equipe da unidade de emergência psiquiátrica em hospital geral que faz parte da rede de atenção psicossocial. Para participar da pesquisa foi estabelecido como critério o tempo de trabalho igual ou superior a quatro meses, bem como a formação profissional condizente com a função executada na instituição.

4.4 Instrumento e coleta de dados

Foram realizadas entrevistas de forma semiestruturada baseada na abordagem da Psicodinâmica do Trabalho, com o interesse de conhecer os comentários verbais dos trabalhadores sobre sua atividade. Laville e Dionne (1999) definem a entrevista

semiestruturada como uma série de perguntas abertas, realizadas de forma verbal, a partir de uma ordem prevista anteriormente pelo pesquisador, podendo este realizar perguntas de esclarecimento durante a realização da entrevista. As entrevistas foram captadas a partir de um aparelho de gravação de voz e posteriormente transcritas com finalidade de análise dos dados.

4.5 Procedimentos e análise dos dados

Após o parecer favorável a realização da pesquisa pelo comitê de ética considerando a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, de número 2.964.966, foi realizado o contato com a instituição em que ocorreu a coleta dos dados, tendo em vista a necessidade de aproximação da realidade para então iniciar o estudo. O termo de Compromisso Livre e Esclarecido foi apresentado de forma clara a todos os participantes da pesquisa de forma individual. A partir da disponibilidade dos trabalhadores em participar da pesquisa, durante seu horário de trabalho foram realizadas as entrevistas versando perguntas sobre os temas: condições e organização do trabalho, como o trabalhador desenvolve e lida com a inteligência astuciosa, fontes de prazer e sofrimento no trabalho, estratégias defensivas individuais e coletivas desenvolvidas pelo trabalhador para lidar com a atividade e as formas de cooperação existentes. Em seguida após a escuta e transcrição criteriosa dos dados, foi realizada a análise categorial temática com codificação colorimétrica e recortes das falas dos participantes segundo a análise de conteúdo de Bardin (2016) e analisados a luz da Psicodinâmica do Trabalho.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As categorias a serem discutidas a seguir abarcam primeiramente a trajetória profissional e a formação de cada participante, para localizar de que forma cada um chegou ao serviço em que trabalha atualmente. A segunda categoria trata-se das condições de trabalho e das lacunas identificadas no serviço, que refletem diretamente nas práticas profissionais. Em seguida discute-se a categoria do trabalho real e as imprevisibilidades que ocorrem frequentemente por se tratar de um serviço de emergência. Logo após se discute os resultados concernentes às implicações da intensidade e sobrecarga de trabalho bem como o envolvimento da subjetividade que perpassa a relação de trabalho, prazer e reconhecimento.

5.1 Trajetória e Formação Profissional

A primeira categoria a ser discutida é a de trajetória e formação profissional. A partir das falas dos trabalhadores foi possível perceber que a inserção dos profissionais na instituição ocorreu de formas diversas e o tempo em que estão desenvolvendo as atividades também varia. Observou-se que alguns sujeitos trabalharam anteriormente em hospitais psiquiátricos e iniciaram o trabalho na emergência psiquiátrica após a interdição do hospital, que ocorreu com o desdobramento das intervenções de fiscalização encabeçadas pelo movimento da reforma psiquiátrica.

“Eu estou desde a reforma, quando foi interditado né o hospital” (E1).

Observa-se que alguns dos participantes, a priori, não tinham necessariamente interesse na área de saúde mental, ingressando no serviço através de uma oportunidade contingencial, convite ou indicação como se observa nas falas a seguir:

“Na verdade eu nunca imaginei que ia trabalhar com psiquiatria, mas foi a oportunidade que apareceu quando eu me formei ai eu não ia deixar né? ai comecei a trabalhar aqui.” (E2)

“Eu fui convidado, já era conhecido, ai fui convidado pra trabalhar na emergência psiquiátrica.” (E9)

De acordo com os dados obtidos por Feitosa et al (2012) um elemento grave trata-se da formação dos profissionais que em boa parte das vezes são treinados a cuidar a partir do modelo tradicional, pautado no uso excessivo de medicação, provocando uma contenção química, assim como a contenção mecânica. No campo prático atualmente o que pode ser visto algumas vezes, são profissionais com formações inadequadas para a atuação proposta pela reforma, que deveria humanizado e comprometido com a integração social.

Por outro lado, também existem pessoas dentro do grupo de participantes, advindas de outros serviços da rede, apresentando assim uma trajetória prévia no campo de saúde mental, o que pode-se considerar um ponto positivo, tendo em vista que alguns profissionais podem apresentar dificuldades de desenvolver a atividade de trabalho em decorrência da falta de experiência e de formação na área específica. Já o ingresso através de concurso público foi citado por apenas dois dos participantes.

“Fui transferida do CAPSi pra cá.” (E5)

“Eu já tinha formação e pós graduação em psiquiatria, comecei a vir pra cá voluntariamente depois fui convidado pra ficar trabalhando na emergência.” (E7)

“Fiz concurso e eu já havia trabalhado em psiquiatria e tinha gostado ai fiz opção pela psiquiatria.” (E12)

Retomando aspectos defendidos por Dejours (2015), é importante refletir sobre a história pessoal do trabalhador, pois seu organismo não é um ‘motor humano’, ele chega ao seu ambiente de trabalho com aspirações, desejos, motivações, que são anteriores. São essas características que tornam cada trabalhador único e refletem diretamente em seu aparelho psíquico. Desse modo todo trabalho desenvolve nos indivíduos cargas psíquicas que são positivas e também negativas.

Esses profissionais que atuam na rede de saúde mental nem sempre fazem essa escolha orientados pelo desejo, e em meio às contingências são direcionados aos serviços sem necessariamente possuir uma formação específica para tal. Um dos pilares fundamentais dessa atuação diz respeito a interdisciplinaridade, como se pode observar nas falas a seguir.

“Existe receita pra outra profissão, pra o serviço social não, então o desafio é constante e as dificuldades também elas existem e a medida que vai surgindo as dificuldades a gente tem que buscar, buscar mecanismos pra superar aquelas dificuldades.” (E6)

De acordo com o estudo de Sampaio et al (2012) o corpo coletivo de trabalho abarca a complexidade do conhecimento e isso impede o trabalhador de deter todo o saber, mas em contrapartida instrumentaliza-o enquanto equipe multiprofissional para encontrar saídas para os impasses da prática. Nas palavras de Sampaio et al (2012, p. 6): “Os saberes e as habilidades adquiridas durante a formação profissional, embora ofereçam as principais tecnologias disponíveis, não se mostraram suficientes para os desafios. Daí a necessidade, cotidiana, de novos saberes e práticas serem construídos pelos trabalhadores, mediante a invenção e a incorporação de novas formas de lidar com a demanda.”

No que concerne ainda à formação profissional, observou-se que a maior parte dos participantes realiza o seu trabalho com base em uma bagagem pessoal de formação, bem como normativas e documentos inerentes a cada profissão, não havendo uma regulação desse trabalho diretamente para a prática da emergência psiquiátrica em leitos de hospital geral.

“É, não tem um padrão, não tem um documento daqui do serviço, só da minha experiência mesmo de conhecimento técnico e formação mesmo.” (E4)

“Eu já venho com a bagagem né, da pós graduação.” (E13)

Observa-se também como outra via de formação o próprio trabalho real e as regras de ofício fornecidas pelo coletivo de trabalho. Isso corrobora com a ideia de Dejours de que alguns consensos são necessários para deliberar essas regras do trabalho bem como as saídas encontradas pelos trabalhadores para lidar com problemas complexos como a arbitragem, demonstrando que algumas vezes a palavra de alguns trabalhadores sobressaem a de outros. A arbitragem pressupõe um consentimento, construindo assim acordos normativos que dizem respeito aos modos operatórios de trabalho individual coletivo o qual se torna uma referência para todos, como se pode observar na seguinte fala:

“Antes de vir pra cá, quando eu fui chamado pra ser contratado eu conversei, tive que conversar com a enfermeira e isso ela me relatou tudo e a coordenadora do serviço, como deveria ser entendeu?” (E9)

Caçapava, Colvero e Pereira (2009) em seu estudo traz alguns aspectos importantes ao trabalho em saúde e destaca a necessidade de que “os profissionais de saúde se apropriem da compreensão do social, construindo estratégias operativas que ajudem a transformar a vida dos usuários com transtornos mentais, criando uma emancipação progressiva da doença, do estigma e da instituição, através da

conformação de uma rede de cuidados em saúde mental” (p. 449). Assim, o trabalhador que chega ao serviço sem uma formação prévia precisa se inserir nesse contexto muito mais complexo que representa o trabalho prático no dia-a-dia de uma emergência psiquiátrica que muitas vezes é algo totalmente novo para eles. Um dos aspectos principais que exercem influências sobre esse trabalho da prática são as condições de trabalho e as lacunas existentes em cada serviço. Isto está relacionado ainda com as regras de ofício definidas por Dejours que são desenvolvidas pelos trabalhadores e que são ao mesmo tempo regras técnicas e regras do saber viver com o que se apresenta na prática como materialidade do espaço. Nesse sentido, os participantes destacam as principais lacunas que consideram como fatores importantes que refletem no dia-a-dia do trabalho:

“É, recursos humanos, e falta de treinamento, capacitação, essas coisas (E2).

“A questão do hospital mesmo, que é, entendo que uma urgência psiquiátrica precisa de um hospital com outras especialidades e que dê suporte aí pra vários problemas que o paciente possa ter, ortopédicos, clínicos, e aqui isso é muito deficiente, ou não tem ou é muito deficiente.” (E4)

“As limitações de estrutura, né? uma equipe mais capacitada também, mais atualizada, com as normas atuais, acho que basicamente é isso. Nós temos essa limitação de estrutura então a gente tem que arrumar de alguma forma pra que o paciente fique bem, né?” (E13)

Isso corrobora com o estudo de Buriola, Pinho, Kantorski e Matsuda (2017) no qual se destaca a insatisfação da equipe, usuários e familiares principalmente no que concerne a estrutura física, materiais de trabalho e recursos humanos. Além dos aspectos físicos da instituição bem como o déficit na quantidade de trabalhadores que

compõe a equipe, ainda se faz necessário manejar com a escassez de materiais fundamentais para realização do trabalho.

“As vezes é medicações né, acho que é materiais. Necessitamos assim algumas vezes de algum tipo de medicação diferenciada e não tem, realmente as vezes a quantidade de medicações é muito, muito escassa, é... medicações injetáveis também. (...) Então é uma coisa assim precária, entendeu? As vezes tem a necessidade de levar o paciente pro CAPS pra esse paciente tomar injeção lá, mas a gente trabalha da forma que é possível, tenta trabalhar da forma que é possível.” (E10)

“[...] Ou as vezes quando você não tem leito, não tem cama, você tem que providenciar, tem que ligar pra secretaria, a gente sempre, entre aspas dar um jeito né, ligando pra os coordenadores, sempre reivindicando.” (E13)

Assim se percebe o manejo que o trabalhador desenvolve para lidar com as contingências do próprio serviço, concomitantemente com as limitações que se impõem inclusive dentro do próprio hospital, que em si mesmo tende a segregar os indivíduos.

“É uma exigência do ministério da saúde que a emergência psiquiátrica seja uma ala dentro do hospital geral, existe uma divisória, mas assim os próprios colegas no geral é assim as vezes o paciente é nosso paciente, está estabilizado e tá com alguma patologia e a gente diz que não diga que toma remédio controlado, porque se disser não vão nem lhe examinar, é muito complicado.” (E12)

Percebe-se, nesse sentido, que a formação bem como a trajetória profissional de cada trabalhador é diversa e requer um manejo que está para além do que é disposto enquanto prescrição para sua função. O trabalho real torna-se o produto entre essas experiências e habilidades próprias de cada um no fazer específico da emergência nos leitos psiquiátricos em hospital geral.

Essa experiência é um arsenal que o trabalhador possui, corroborando com Dejours (2007; 2008) em que a maior característica do trabalho é que mesmo com toda a organização e concepção bem estabelecida é impossível que os objetivos e a qualidade sejam alcançados se as prescrições forem estritamente e escrupulosamente respeitadas. No real do trabalho ocorrem eventos inesperados, incidentes, imprevistos que provocam uma discrepância entre o trabalho prescrito e o trabalho real, desse modo, não existe trabalho que se limite apenas a execução. Esse entremeio, o hiato que há entre prescrito e real precisa ser inventado ou descoberto pelo trabalhador a partir dessas estratégias próprias.

5.2 O Trabalho Real: Mobilização e inventividade

Outra categoria que emergiu a partir das falas foi o Trabalho Real. Observa-se, neste aspecto, que o trabalho na emergência psiquiátrica se caracteriza inicialmente pela falta de rotina padronizada, evidenciada pela ausência de prescrições, tendo em vista a amplitude da demanda atendida e das intercorrências que surgem no dia-a-dia da atividade, ocasionando a mudança de rotina a qualquer momento. Isso pode ser evidenciado a partir da fala a seguir:

“Porque aqui não é rotina ‘num’ é? As demandas são diferenciadas, tem transtorno, tem, tem é.. Depressão pós parto, tem abstinência de drogas, alcoólica, o serviço daqui é, é, é uma demanda que vem de outras cidades também.” (E1)

É possível perceber ainda um vazio de normas, inerentes ao serviço em sua singularidade. Cada profissional realiza sua atividade baseado em protocolos e

prescrições mais gerais da sua profissão, especificamente, sem necessariamente conhecer as normativas referentes ao trabalho na emergência psiquiátrica.

“Não, eu trabalho dentro do meu código de ética, né? tentando não ser invadida nem tampouco invadir é... o campo profissional do outro.” (E6)

“É o protocolo, a gente trabalha pelo protocolo internacional de doenças psiquiátricas.” (E7)

“A gente segue os preceitos né, que são postos pra gente desde a faculdade e também do ministério da saúde.” (E13)

Zgiet (2013) em seu estudo comprova a dificuldade que os profissionais ainda encontram para atuar a partir da perspectiva da reforma psiquiátrica. Um fato importante destacado na fala dos entrevistados é a necessidade de um esforço inovador, criatividade e atitude. Em contrapartida, no que diz respeito ao real do trabalho, os trabalhadores criam entre si uma rotina para os atendimentos, de modo que cada um organiza seu trabalho com base nessa rotina e nas prescrições do coletivo de trabalho. Isso corrobora com a ideia de coletivo de Dejours a partir do aspecto da liberdade de deliberação e da convivência, que desembocam em uma vontade de agir em nível coletivo. Alguns profissionais destacam o cuidado com essa delimitação de funções, numa tentativa de não invadir o lugar e o saber do outro, como se percebe nas falas a seguir:

“Eu faço o que é de competência da coordenação, mas sempre eu fico observando todos os serviços, todos os serviços de um modo geral.” (E1)

“Quando meu trabalho me gera estresse, me gera mal estar psíquico, né, hã... ou quando eu vejo que eu fico impossibilitado de realizar meu trabalho direito por causa das condições do ambiente.” (E4)

“Quando eu estou numa atuação e a pessoa diz isso assim não, assim, assim, assim, eu é que sei, se tem alguém que tenha boa noção do que ta fazendo sou eu, eu vou ter que dizer o que é que eu tô fazendo pra tu compreender e me deixar fazer, não é por aí e eu tenho lido muito isso, essa interferência de terceiros, isso é ruim.” (E5)

O real do trabalho se coloca em contingências diversas e nem sempre essa divisão do trabalho é possível de se realizar. Um dos aspectos que contribuem para que a atividade por vezes se misture em demasia, trata-se da precarização que se observa no serviço, principalmente pela equipe reduzida de trabalho.

“Porque enfermeira 24 hs tem mas por exemplo a assistente social já não tem 24hs nem final de semana então muitas vezes a gente acaba fazendo o papel da assistente social.” (E2)

“Psicóloga também a gente não tem. Tem uma psicóloga, então não é todos os dias que ela ta aqui então a gente também já vai pra essa parte de psicologia então acho que a gente acaba fazendo um “pouquin” de cada.” (E2)

Nesse sentido, é importante refletir ainda acerca dos problemas contemporâneos trazidos por Dejours (2012) no mundo do trabalho que são as avaliações dos desempenhos individuais que desembocam na desestruturação da solidariedade por promover uma concorrência generalizada, envolvendo até gratificações e risco de punições, apesar disto não aparecer de forma direta nos discursos. Esse contexto contribui para as condutas desleais e desconfianças entre os colegas de trabalho. Essa grande demanda que existe no serviço se justifica também por se tratar de uma cidade referência em atendimento emergencial em psiquiatria para várias cidades circunvizinhas de todo o estado da Paraíba. Há ai uma contradição delicada, tendo em

vista o reduzido número de leitos, que se mostra insuficiente, permitindo o acolhimento de poucas pessoas para a internação.

“Tem toda uma rotina quando a gente é procurado é.. é.. Mas aí é tem a nossa equipe né de enfermagem, cuidadores, médicos (...), mas é bem assim tranquila em termos de... atendimentos porque só são 20 leitos.” (E1)

Nesse sentido, um dos principais desafios para o trabalho trata-se da conciliação entre a demanda interna e suas intercorrências bem como a demanda ambulatorial que surge ao longo do dia.

“Eu faço plantão de 12 horas então chego pela manhã as 7 horas e desde o início, meu trabalho é o mesmo, é evoluir os pacientes internos e atender os pacientes que vão chegando, mas é basicamente isso.”

Dessa forma cada trabalhador estabelece uma rotina de trabalho e cada um se responsabiliza pela sua função, ora individualmente, ora coletivamente, como podemos observar nas falas:

“Dentro desse atendimento é avaliação clínica, prescrição médica, conversar com os outros profissionais sobre os casos.” (E4)

“Primeira coisa que a gente chega quando faz é passar as visitas dos pacientes no ambulatório, ver as prescrições da noite, como eles passaram a noite, se eles passaram a noite bem se teve alguma intercorrência algum paciente agressivo, algum paciente que quis fugir ansioso pra alta, se teve alguma discussão com o pessoal da equipe médica, então a gente procura saber tudo que aconteceu na noite anterior passa as visitas no momento no leito”. (E7)

Ou seja, observa-se que, mesmo diante do vazio de normas mencionado anteriormente, e dos imprevistos que surgem relacionados ao próprio objeto do trabalho deles, os trabalhadores se organizam de modo a construir alguma rotina que possam

seguir, ao menos como um ponto de partida para suas atividades. Dejours (2012) destaca a importância dessas regras de ofício criadas pelos próprios trabalhadores para realizar o trabalho na prática.

A fala anterior já traz intrinsecamente o aspecto da passagem do plantão. Cada trabalhador ao iniciar a atividade entra em contato com o trabalhador que está encerrando o seu plantão para que se comunique os acontecimentos importantes e as condutas que foram realizadas. Isso demonstra a importância e a necessidade do coletivo para estruturar o trabalho de cada um.

“Quando eu chego pra trabalhar né, então eu vou é... tomar conhecimento de quantos pacientes nós temos internados, [...] se existe já previamente alguma indicação de que é necessária a atuação específica do serviço social.” (E6)

“Quando eu chego de manhã eu vou receber o plantão dos meus colegas, a passagem de plantão que é o primeiro passo.” (E9)

“Bom, quando a gente chega a gente vai receber o plantão né? ver quantos pacientes estão internados, depois é... abrir o livro de ocorrências.” (E11)

Logo em seguida os trabalhadores destacam a necessidade e importância do acolhimento. Refere-se que precisam verificar se há algum paciente pra fazer o acolhimento e a questão da evolução dos pacientes que estão internos. Isso corrobora com a tese Dejouriana (2011b) de que o trabalho coletivo exige ainda uma inteligência inventiva individual e que o trabalho coletivo só é possível a partir da junção das inteligências singulares, que precisam se inscrever em uma ‘dinâmica coletiva comum’. Isso implica no conhecimento por parte de cada trabalhador do saber-fazer da função dos demais, para que o outro compreenda como se respeita ou se afasta das regras de trabalho. Em contrapartida essa visibilidade gera um risco de se revelar todas as

engenhosidades pessoais bem como as falhas, sendo a confiança uma das grandes dificuldades do trabalho coletivo (Dejours, 2012).

Apesar das especialidades se encontrarem em muitos aspectos, existindo assim um acordo entre cada um do que vai ser feito, é importante destacar o fazer de cada um, as estratégias pessoais que cada trabalhador desenvolve para realizar a atividade.

“Conversar com os usuários e familiares que estejam acompanhando, mesmo antes eu pergunto a equipe se há alguma coisa que já indique a necessidade de uma intervenção profissional que seja do social.” (E6)

“[...] Conversar com eles, vê se ta lucido e orientado, o que ta lúcido e o que não ta.” (E9)

“O paciente de psiquiatria da maioria das vezes é bem carente, é rejeitado pela família e é só você da atenção e carinho, que ele vê, que o olhar dele passa a ser outro, então assim eu estou aqui porque eu gosto de trabalhar com psiquiatria. E por parte da sociedade é um paciente altamente discriminado, então eu vejo meu serviço como uma oportunidade de me melhorar um pouco todo dia, que não é fácil né.” (E12)

Observa-se nas falas que o trabalho não se dá de forma rígida, apenas no intuito de seguir as rotinas. Isto está de acordo com a descrição de Dejours (2011b) sobre a inteligência astuciosa e as regras de ofício já citadas em que cada atividade a ser desempenhada, exige por parte do trabalhador um investimento da inteligência prática do sujeito, bem como sua personalidade. Tais aspectos ainda foram evidenciados na fala a seguir, quando os profissionais explicam até a forma singular com que observam se os usuários estão orientados:

“Ver como eles passaram a noite, como eles estão se sentindo, pelo menos que esteja confuso mas é bom a gente escutar eles entendeu? Ele pode estar confuso,

desorientado, agora chega o dia que eles tão muito desorganizado aí não tem como você, você tentar assim trabalhar com ele, o modo como você chama pelo nome dele você percebe se ele ta orientado ou não ta orientado, não ta, vamos conversar mais um pouquinho pra vê se ele consegue chegar. Depois vamos auxiliar o médico com atendimento e o enfermeiro e até a tarde é assim, até sete da noite. (E9)

A imprevisibilidade e complexidade da atividade são fatores que contribuem para uma tensão no trabalho, pois os trabalhadores mantêm-se em alerta a maior parte do tempo e até já se habituaram com determinados imprevistos, principalmente a evasão em forma de fuga dos pacientes.

“A gente ta conversando aqui quando “da fé” chega um ali, entendeu? É bem imprevisível mesmo os imprevistos aqui. As vezes tem muito paciente que ta assim no refeitório, quando “da fé” ele joga o prato, se levanta e da um surto nele, entendeu? é bem imprevisível assim.” (E3)

“Por exemplo, evasão de um paciente, isso é uma coisa que acontece, mas você sabe que a qualquer momento pode acontecer. [...], você sabe que pode acontecer mas espera que não.” (E4)

Todo esse contexto de imprevisibilidade provoca, no trabalhador, um sentimento de insegurança que influencia diretamente na realização da atividade e na rotina, arraigado ainda por elementos de uma visão ainda hospitalocêntrica dos usuários do serviço, como resquício ainda das práticas anteriores a Reforma Psiquiátrica. De acordo com Pinho et al (2010) é possível observar processos de trabalho caracterizados pelo modelo biomédico, em que os trabalhos se pautam numa lógica parcelada do sujeito e do conhecimento, onde as relações são verticalizadas e por consequência disso o cuidado também é fragmentado. “A saúde e o trabalhador vão se alienando,

distanciando-se, deixando de lado a valorização, a autonomia e a libertação de sujeitos.”
(p. 4).

“Porque assim, você vê que a gente não tem nenhuma segurança aqui, porque assim os pacientes ficam beeem.. assim, soltos, ta entendendo? Aqui, oh a parte de medicação a gente não pode.. Sempre tem que ficar um aqui no posto pra não entrar um paciente aqui e mexer na medicação, quando um ta lá dentro, por exemplo assim, quando chega um paciente agitado com o SAMU eu fico na porta pra os meninos poder ir ajudar, porque era pra ter mais gente aqui, outros técnicos, outros cuidadores pra ajudar, tudo isso é meio, entendeu?” (E3)

“Aqui é a agressão né, as vezes podemos ser agredidos, tanto pelos pacientes e as vezes pela família mesmo as vezes já aconteceu isso, desacato né com funcionário público.” (E10)

Desse modo, percebe-se ainda a insegurança que os trabalhadores demonstram em relação aos imprevistos e variabilidades do dia-a-dia da atividade, principalmente por se tratar de uma demanda que surge emergencialmente. Esses dados apresentam-se em consonância com Pai, Lautert e Krug (2010) que ressaltam o estado de tensão e vigília constante do trabalhadores, como na fala a seguir, demonstrando essa variação com a qual os trabalhadores se deparam diariamente.

“Variado, tem dia que é mais tranquilo, tem dia não, que é muito pesado, vem as vezes pacientes que não é da área e temos que atender de toda forma, é uma coisa bem variada, não tem muita rotina não, o número aqui de atendimentos é pela demanda mesmo, a gente não... não assim delimita alguma quantidade de pacientes que a gente vê não, é... pela demanda mesmo do local, o que tiver que atender temos que atender, entendeu?” (E10)

A partir desta variabilidade que os trabalhadores trazem, Dejours (2012) afirma que o trabalho é exatamente o que o sujeito imprime de si, dentro das prescrições para que se alcance a finalidade do que se propõe na atividade e inclusive isso que ele impõe de si para dar conta do que não funciona quando se segue estritamente o que é prescrito. Ele defende ainda que se fosse possível seguir a risca, a partir de uma obediência absoluta, o trabalho seria uma catástrofe. Nesse sentido, outro trabalhador afirma:

“Eu faço uma visita todas as manhãs, eu espero a hora deles estarem medicados. Você não trabalha com uma pessoa numa condição daquela, então espero que os médicos prescreva a medicação, eles vão pra o leito, adormecer, então quando acorda já acorda com mais condição de fala.” (E5)

Tudo isso corrobora com o estudo de Sampaio et al (2011) onde se destaca o discurso dos trabalhadores no que diz respeito a insatisfação com o trabalho, tanto pelas instalações físicas que muitas vezes são pequenas e/ou inadequadas para a realização das atividades propostas, como o sucateamento dos serviços pela falta de investimento econômico por parte dos gestores que ocasiona a escassez de materiais e equipamentos. Outra queixa frequente dos profissionais entrevistados nesse estudo refere-se ao número reduzido de profissionais na equipe, que acarreta na sobrecarga do trabalho, salários baixos e outro fator preocupante é a falta de formação continuada para os profissionais atuantes.

5.3 Implicações da intensidade e sobrecarga de trabalho

A intensidade do trabalho se apresenta como aspecto comum do cotidiano, apesar das variabilidades inerentes ao campo de atuação. Desse modo é possível retomar Dejours (2011b), quando aponta que independentemente do trabalho e da situação que este lhe provoca, há algo de incompreensível que não pode ser prescrito e

previsto previamente de forma integral. Nas falas a seguir é notável a presença da intensidade como tema central.

“Geralmente não existem dias menos intensos não, geralmente é bem corrido o plantão, chega muito paciente em surto.” (E2)

“Mulher, aqui na psiquiatria é raro ter um dia calmo assim visse, ultimamente a casa tá bem cheia, mas a gente sempre entra em acordo, um faz uma coisa outro faz outra pra nunca ficar pesado um pro outro e nenhum dos dois sair muito estressado.” (E3)

“Excesso de trabalho né, excesso de pacientes pra avaliação, isso não acontece sempre mas muitas vezes acontece sobrecarga de trabalho, porque as vezes alguns casos são complexos do ponto de vista de conseguir estruturar e se sentir indeciso ou com medo de errar.” (E4)

Nesse aspecto os resultados do estudo relacionam-se com os dados encontrados por Pai, Lautert e Krug (2010) em que a sobrecarga surge nos discursos e pode ser pensada enquanto consequência dessa intensidade do trabalho não só físico como também mental. Os trabalhadores reconhecem o potencial adoecedor da atividade, constatando casos em que colegas de trabalho desenvolveram quadros psicopatológicos que atribuem ao trabalho.

“Eu acho que tem uma carga psíquica bem complicada, eu acho que eu não sou afetada, mas já vi outras pessoas ser afetada por conta da carga horária de trabalho, por conta dos pacientes, eu já vi, algumas pessoas, mas não que eu vá ser atingida, acho que não. Eu não sei direito, é uma sobrecarga associado com, realmente um envolvimento psíquico muito grande, por complexidade, por lidar com emoções, o contato com esses pacientes pode afetar suas emoções.” (E2)

Essa carga psíquica do trabalho torna-se em demasiado complexa, porque segundo Dejours, Abdoucheli e Jayet (2015) esbarra na impossibilidade de se quantificar as vivências, pelo seu caráter essencialmente qualitativo. A subjetividade escapa aos números e a relação dos indivíduos com o trabalho tem efeitos concretos e reais.

Duarte, Glanzner, Pereira (2017) revelam alguns dos sentimentos que o trabalho na emergência psiquiátrica despertam nos trabalhadores, resultando no sofrimento que decorre principalmente da insegurança, sensação de frustração, sobrecarga e conflitos dentro da equipe. Os impactos para os trabalhadores são percebidos ao mesmo tempo como fontes de adoecimento físico. O trabalho real atravessa os indivíduos subjetivamente e nesse investimento de si para tratar sujeitos com transtornos mentais graves, o trabalhador algumas vezes se vê na iminência de um adoecimento também, sendo recorrente a fala de que alguns profissionais começam a fazer uso de medicação psiquiátrica após começar a trabalhar no serviço.

“Mas tão tal que teve gente aqui da psiquiatria que toma medicações, técnico de enfermagem tudo mais, e não só um, entendeu? Uns 2, 3, mas é bem complicado isso, devido a carga-horária deles.” (E3)

“Principalmente de saúde mental né? mas depois acarretando na saúde física, pelo estresse, pela sensação de sobrecarga, estafa. Já aconteceu sim, adoecimento psíquico, sintomas ansiosos, assim psicossomáticos.” (E4)

“Eu acho que das duas formas a gente corre esse perigo, tanto psíquica como física, porque como eu disse a você, são 12 plantões então a gente lida com várias pessoas diferente, vários CID diferente, né isso? Então realmente pode causar. Nenhum profissional de saúde mental tá livre disso acontecer.” (E9)

Desse modo, o estudo de Duarte, Glanzner e Pereira (2017) é complementar a este, quando ressalta as atividades de lazer como alívio das tensões causadas pelo trabalho. Cada profissional tenta desenvolver estratégias próprias para lidar com esse aspecto do trabalho, assim, buscam realizar uma separação daquilo que é sua experiência no trabalho, da sua vida pessoal.

“Eu botei na minha cabeça assim, quando eu saio de casa deixo meus problemas em casa, quando saio daqui deixo meus problemas aqui, meu estresse aqui, aí vou pra casa tá entendendo? Aí chego em casa, tomo um banho, converso com minha família, bem tranquilo, graças a deus, acho que isso tá dando certo.” (E3)

“Eu acho que a pessoa pra trabalhar aqui tem que tá bem preparada, tem que passar por terapia, tem que ter acompanhamento também, porque é traumatizante, entendeu? Não é uma área tão bela de se ver, não é uma área fácil não, então precisa sim ter terapia, ser uma pessoa preparada, porque a carga aqui é enorme, entendeu?” (E10)

“Por envolver essa questão psicológica, essa questão mental, assim, se você não souber separar as coisas acaba interferindo um pouco também na sua saúde emocional. Acho que se você não tiver cuidado você absorve muito essa carga que tem aqui de trabalho, acho que você tem que tá bem focado em saber separar isso.” (E11)

O envolvimento com a história de vida de cada paciente bem com seu estado psíquico, econômico, social e familiar são alguns dos aspectos que mais contribuem para que o trabalhador se sinta afetado, de acordo com as falas. Isso corrobora com o estudo de Campos e Teixeira (2001), que destacam os sentimentos desenvolvidos pelos trabalhadores no trabalho de enfermagem em psiquiatria.

“Querendo ou não você se envolve com os pacientes, né, você se envolve com o... assim o familiar, entendeu? Tudo isso você se envolve e tem gente que não sabe lidar com isso. Aí é o que chega praticamente né.. Chega a tomar as medicações porque se envolve demais.” (E3)

“A gente lida com tanto sofrimento né, se você é uma pessoa que não se comove com o sofrimento do outro você já tá doente né? E você se incomodar demais, lidar no dia-a-dia como eu lido com o sofrimento do outro também a gente adoce né? Tem dia que eu chego em casa e fico triste, me reporto ao que eu passei, o que vivi de experiência do dia e eu preciso sair pra espairecer, esquecer o que vi aqui porque é pesado.” (E6)

Além disso, o sentimento de angústia é frequentemente citado para caracterizar o dia-a-dia no trabalho com sujeitos em sofrimento psíquico e transtorno mental, tendo em vista a grande demanda que esses usuários direcionam aos trabalhadores. O trabalho é visto ainda como fonte de frustrações tendo em vista a complexidade dos transtornos mentais, fonte de instabilidade e ainda gerador de impotência corroborando com o que traz Zgiet (2013) em seu estudo.

As falas apontam cada vez mais uma preocupação com a possibilidade de se desenvolver um quadro de adoecimento que se possa atribuir ao trabalho, no entanto, para Dejours (2011b) o sofrimento patogênico se apresenta principalmente a partir do medo e do tédio, que desembocam na criação de estratégias defensivas para se proteger e se adaptar ao trabalho.

Os trabalhadores identificam em seus pares aspectos de sofrimento e adoecimento, que os levam inclusive a fazer uso de medicações de uso contínuo, porém, defensivamente não se percebem na mesma iminência. Há uma tentativa constante de se

separar das questões do próprio trabalho, ao passo que com essa tentativa já se inclui um atravessamento indissociável da mobilização subjetiva no trabalho.

Todas essas questões contribuem para o sentimento de insatisfação com o trabalho, onde se destaca principalmente a questão com a dificuldade em lidar com as famílias do pacientes. Isso advém ainda de uma cultura hospitalocêntrica em que as famílias depositavam os sujeitos nos manicômios e muitas vezes não retornavam para busca-los. Embora se compreenda a dificuldade do dia-a-dia da família que mantém aos seus cuidados sujeitos com transtornos mentais severos, é importante que se desenvolvam estratégias para minimizar esses conflitos familiares, como é percebido nas falas seguintes.

“Mulher, quando, assim a gente se revolta quando o paciente tá de alta e a família não quer levar e ele querendo ir embora e tudo mais aí é bem revoltante essas horas assim, muito muito mesmo.” (E3)

“Tem coisas que você vê que lhe dói, e como dói, incompreensão da família. O sujeito já é ruim da cabeça, já sai daqui todo medicado, todo dopadozinho, se depara com a família que não contribui, que não ajuda, com os filhos que nem parece que são filhos.” (E5)

“As vezes a gente se envolve muito com o paciente, porque as vezes o paciente tá aqui, ele é um paciente que não tem estrutura lá fora, então termina com esse paciente indo e voltando a gente termina se apegando a esse paciente e conhecendo toda a história.” (E9)

“Fico insatisfeito quando os familiares rejeitam o paciente, que ele não é tratado de uma forma coerente.” (E13)

Outro aspecto de insatisfação diz respeito a conduta dos demais profissionais, as concepções de cuidado em saúde de cada trabalhador. Enquanto alguns buscam seguir

um modelo de atuação ancorado na reforma psiquiátrica brasileira, outros decorrem ainda do modelo anterior em que o tratamento ofertado é apenas sob o modelo biomédico e se desconsidera os demais aspectos concernentes ao ser humano.

“Insatisfeita, é... com alguns até colegas de trabalho que não tem o manejo de trabalhar com eles, acham que eles é só aquela técnica de medicação, e somente, só com a medicação. Não ligam pra outras questões então isso é o que me incomoda muito. Não tem até paciência. Porque são pacientes especiais que requer mais paciência e alguns aqui não tem, não tem esse cuidado.” (E2)

O próprio ambiente que alguma vezes é citado como uma dificuldade para o trabalho, é visto com insatisfação, pois influencia diretamente na realização da atividade, na medida em que é apontado a falta de recursos básicos para o bem estar inclusive do próprio trabalhador como se observa na fala do seguinte participante.

“Se o ambiente fosse mais propício pro trabalho, né, não fosse tão insalubre, porque tem muita... tem bichos, tem... quer dizer, eu não tenho vamos dizer, momento de descanso, que eu possa tomar um banho, é coisas básicas e as vezes não tem isso, entendeu? Então tenho que sair, ir em casa, fazer toda higiene pessoal, alimentação, tenho que sair e comer fora, isso aí deveria ser no hospital então isso aí da insatisfação pra gente.” (E10)

Desse modo é possível perceber que existem influências na realização do trabalho nas mais variadas formas e nesse contexto o trabalhador vai se utilizando das próprias regras desenvolvidas para contornar as barreiras físicas e subjetivas do ambiente de trabalho.

5.4 Subjetividade: relação de trabalho, prazer e reconhecimento

Vários fatores influenciam na realização do trabalho, gerando não só sofrimento como também prazer. Na atividade dos profissionais da saúde mental, identificou-se a complexidade do trabalho em torno das imprevisibilidades e variabilidades decorrentes das urgências psiquiátricas. Na perspectiva da Psicodinâmica, quando é possível ultrapassar as dificuldades e utilizar a inteligência inventiva, logrando êxito de algum modo, surgem os discursos de prazer como os descritos a seguir.

“Quando as coisas dão certo né, quando apesar de todos os problemas e dificuldades, eu consigo fazer o trabalho e sem se sentir tão sobrecarregado, sem achar que eu tô tendo que matar um leão pra conseguir realizar meu trabalho.”
(E4)

“Quando eu consigo fazer uma escuta, elaborada, quando eu consigo ficar com eles mais um momento que eu sinto que eu sai mas consegui deixar alguma coisa com eles, as vezes não né, tem muito pouco, mas quando isso acontece eu gosto.” (E5)

É recorrente o relato de que há uma identificação com o trabalho em emergência psiquiátrica, quando os trabalhadores elegem esse fator como primordial pra permanecer no trabalho. Isso pode ser pensado a partir da carga psíquica elevada desse tipo de trabalho, onde os que não conseguem desempenhar as funções necessárias, rapidamente procuram um outro emprego e os que permanecem desenvolvem o sentimento que nomeiam de identificação.

“Mulher, eu gosto de trabalhar aqui, me identifiquei bastante, tanto é que vou fazer especialização na saúde mental, e tudo mais entendeu? Foi uma coisa que eu me identifiquei mesmo.” (E3)

“Me identifiquei muito com emergência psiquiátrica, já gosto de emergência normal e agora emergência psiquiátrica aprendi gostar.” (E9)

No que concerne as situações de prazer, os sujeitos apontam que sentem uma realização pessoal principalmente ao constatarem a melhora no quadro clínico e a alta dos pacientes para casa.

“Adoro os desafios que encontro, pra mim isso é muito prazeroso, chegar aqui e encontrar um desafio e conseguir resolver aquela situação né? e alegria também. Então qual a satisfação que eu tenho, de conseguir colocar alguém que tava perdido a mais de vinte anos de volta na família, pra mim é uma satisfação profissional e pessoal enorme.” (E6)

“Pra mim gera prazer em ver as pessoas entrarem aqui com um transtorno muito grave, muito sério e saírem bem. Pra mim é um prazer tratar, ver que com uma medicação, com tratamento, em poucos dias a pessoa sai completamente diferente de quando ele chega, então isso é um prazer muito grande que dá na gente até da própria família, diminuir o sofrimento da família.” (E7)

“Quando o paciente recebe alta e sai bem pra casa, fico muito satisfeito, ou quando ele vem, não teve médico no CAPS veio pegar uma receita, você ver que ele ta lúcido, orientado, deambulando, que ele ta bom. Fico muito feliz quando vejo o paciente bem.” (E9)

Algumas datas comemorativas são celebradas a partir de mobilizações dentro do serviço e se apresentam também como um momento de quebra da rotina, em que ocorre uma interação entre a equipe multiprofissional, paciente e familiares. Esses momentos descaracterizam de certo modo o modelo hospital e promove um bem-estar mútuo como se pode extrair das falas a seguir.

“Principalmente essas campanhas novembro azul, outubro rosa, porque sempre a gente faz com nossos pacientes aqui as comemorações, natal, carnaval, são joão, então assim é um momento muito gratificante.” (E1)

“E no caso, como teve o outubro rosa, vai ter o novembro azul, sempre tem final de ano, a gente sempre faz alguma coisa pra eles, a assistente social e a coordenadora, entendeu? aí é muito bom ver a alegria deles ta entendendo? Principalmente aqueles pacientes que não tem família, ne? Aqueles que a família chega e abandona e tudo mais, aí é muito prazeroso ver isso neles.” (E3)

Um fator importante que precisa ser observado e que contribui como fonte de prazer trata-se do reconhecimento do trabalho. Isso corrobora com Dejours (2011b) quando o mesmo discute a natureza simbólica do reconhecimento. Segundo ele a falta de reconhecimento é um tema recorrente no universo do trabalho, pois passam pelo crivo rigoroso do julgamento. Apesar disso, alguns trabalhadores destacam que sentem o seu trabalho sendo reconhecido principalmente pelos próprios pacientes.

“Ele é reconhecido sim tanto pelo paciente como pela família e muitas vezes pela equipe interna ele é reconhecido.” (E6)

“Eu acho que meu trabalho é muito reconhecido porque a gente vê a felicidade de um familiar quando você consegue conter, consegue tratar um paciente psiquiátrico, que é um transtorno muito grande que abala toda a estrutura familiar. Quando você trata o paciente que ele sai bem que a família, é.. Se sente confortável aquilo, ela lhe faz uma gratidão, um prazer de agradecimento muito grande por você tratar, então isso deixa a gente feliz, deixa a gente realizado.” (E7)

Em contrapartida os trabalhadores não percebem um reconhecimento muito grande institucionalmente como também externamente. Dejours destaca que o

reconhecimento é fundamental para a manutenção do trabalho, evitando assim que o sofrimento que advém do trabalho se torne patogênico.

“Porque a gente ganha muito pouco pelo que a gente faz aqui, não é querendo falar, tá? A gente que medica, tem toda a responsabilidade de dar banho, medicar de fazer tudo, entendeu? Então acho que a gente não é reconhecido, não é. [...] Você vê oh, tudo aqui é esquecido, aqui na psiquiatria, bem complicado.”

(E3)

“Fora aqui do ambiente, em outros níveis da hierarquia do poder público, acredito que não, não tem relevância, a relevância ela é um pouco mais interna, eu entendo isso.” (E6)

“Acho que falta muito ainda, pra.. Não só do meu trabalho, mas pra ter um reconhecimento maior em relação a saúde mental, acho que é muito excluído, a saúde mental como um todo né.” (E11)

Em linhas gerais, é possível perceber que o trabalho se apresenta a todo tempo como dinâmico e transformador do trabalhador na medida em que é vivenciado por ele. Os aspectos objetivos e subjetivos se entrelaçam e desembocam no trabalho real, corroborando com a ideia Dejouriana que trabalhar é sobretudo viver junto.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É necessário que espaços de debate cada vez mais amplos sejam criados, tendo em vista as especificidades que os resultados dessa pesquisa nos apontam. Os profissionais que atuam na emergência psiquiátrica precisam lidar o tempo todo com as imprevisibilidades próprias da subjetividade humana e da dinâmica deste tipo de serviço. Nesse sentido, é emergente a necessidade de se discutir acerca das práticas buscando avançar e desenvolver iniciativas de cuidado com esses trabalhadores que como mostram os resultados da pesquisa, que através do seu saber-fazer tanto se atravessam com a história de vida dos pacientes e seus familiares, gerando sobrecarga. Dentre outros fatores de condições e organização do trabalho e do ambiente, que tem influência direta na atividade, o número de trabalhadores afastados do trabalho no Brasil em decorrência de consequências psíquicas geradas através do trabalho cresce a cada dia na atualidade.

A atenção das pesquisas no campo da saúde e subjetivação dos trabalhadores no âmbito da atividade em saúde mental voltam-se muito frequentemente aos Centros de Atenção Psicossocial e pouco aos espaços de emergência. Assim, as limitações do estudo podem ser pensadas a partir da perceptível escassez de pesquisas que se ocupam da atividade de trabalho dos profissionais dessa área específica de atuação, que parece ser pouco lembrada, tornando-se coadjuvante na Rede de Atenção Psicossocial. A escassez se dá mais especificamente para estudos que discutam a carga psíquica específica do trabalho em emergência psiquiátrica pela via das clínicas do trabalho, bem como os aspectos da saúde desses trabalhadores.

Desse modo, espera-se que outros estudos possam emergir adentrando por esse campo que tanto tem a nos revelar, inclusive para que se realize a manutenção das práticas desinstitucionalizadoras dos sujeitos usuários da RAPS e que a comunidade científica e os trabalhadores de saúde mental estejam atentos a toda e qualquer tentativa de se cristalizar práticas retrógradas que trazem prejuízos graves para usuários e trabalhadores através do sucateamento e segregação crescente desses serviços.

7. REFERÊNCIAS

- Amarante, P. (1995). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. E. (2012). Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. Em L. Giovanella, S. Escorel, L. V. Lobato, J. C. Noronha, & A. I. Carvalho, *Políticas e sistemas de saúde no Brasil* (pp. 635-656). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P., & Torre, E. H. (2001). Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciência e saúde coletiva*, 73-85.
- Brant, L. C., & Minayo-Gomes, C. (2004). A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. *Ciência e Saúde Coletiva*, 213-223.
- Brasil SUS. (2017). *Brasil SUS*. Fonte:
<http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/dezembro2017/dia22/portaria3588.pdf>
- Brito, F. S. L. (2011). Andanças que cortam os caminhos da razão: as vivências insanas e a atuação da reforma psiquiátrica em Campina Grande (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Federal de Pernambuco, Recife.
- Buriola, A. A., Kantorski, L. P., Sales, C. A., & Matsuda, L. M. (2016). Nursing practice at a psychiatric emergency service: evaluation using fourth generation assessment. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 25, 1-9. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720160004540014>
- Caçapava, J. R., Colvero, L. A., & Pereira, I. M. (2009). A interface entre as políticas públicas de saúde mental e promoção da saúde. *Saúde Soc*, 446-455.

- Campos, C. J., & Teixeira, M. B. (2001). O atendimento do doente mental em pronto-socorro geral: sentimentos e ações dos membros da equipe de enfermagem. *Rev Esc Enf USP*, 35, 141-149.
- Dejours, C. (1987). A metodologia em psicodinâmica do trabalho. Em C. Dejours, *A loucura do trabalho - Estudo de psicopatologia do trabalho* (pp. 125-150). São Paulo: Cortez.
- Dejours, C. (2004). Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Em S. Lancman, & L. I. Szneman, *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Dejours, C. (2005). *O fator humano*. Rio de Janeiro: Editora FVG.
- Dejours, C. (2007). *A banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro: Editora FGV.
- Dejours, C. (2008). *A avaliação do trabalho à prova do real*. São Paulo: Blucher.
- Dejours, C. (2011). Addendum: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Em S. Lancman, & L. I. Szneman, *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho* (pp. 57-123). Brasília: Paralelo 15.
- Dejours, C. (2012). *Trabalho e emancipação*. Brasília: Paralelo.
- Dejours, C. (2013). *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas.
- Dejours, C., Abdoucheli, E., & Jayet, C. (2015). *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas.
- Duarte, M. L., Glanzner, C. H., & Pereira, L. P. (2017). O trabalho em emergência hospitalar: sofrimento e estratégias defensivas dos enfermeiros. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39, 1-8. doi:<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0255>

- Escorel, S. (2012). História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. Em L. Giovanella, S. Escorel, V. Lobato, J. C. Noronha, & A. I. Carvalho, *Políticas e sistemas de saúde no Brasil* (pp. 385-434). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Guljor, A. P., Vasconcelos, E. M., Couto, M. C., Batista e Silva, M. B., Delgado, P. G., Cavallante, R., & Lima, R. C. (18 de Fevereiro de 2019). Nota de Avaliação Crítica da Nota Técnica 11/2019. Fonte: IMS UERJ: <http://site.ims.uerj.br/wp-content/uploads/2019/02/Resposta-%C3%A0-Nota-T%C3%A9cnica-Quirino.-Vers%C3%A3o-3.-18.02.19..pdf>
- Hirdes, A. (2009). A Reforma Psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão . *Ciência e Saúde Coletiva*, 297-305.
- Laville, C., & Dionne, J. (1999). *A construção do saber: Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Belo Horizonte: Editora UFMG.
- Mateus, M. D. (2013). O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Em M. D. Mateus, Políticas de saúde mental: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira (pp. 139-158). São Paulo: Instituto de Saúde.
- Mendes, A. M. (2007). Da Psicodinâmica à Psicopatologia do Trabalho . Em A. M. Mendes, *Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas* (pp. 29-48). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Menicucci, T. M. (2014). História da Reforma Sanitária Brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. *História, Ciências, Saúde*, 77-92.

- Mielke, F. B., Kantorsky, L. P., Jardim, V. M., Olschowsky, A., & Machado, M. S. (2009). O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. *Ciência e saúde coletiva*, 159-164.
- Ministério da Saúde. (19 de Fevereiro de 2002). PORTARIA Nº 336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
- Ministério da Saúde. (2009). *Secretaria de Atenção a Saúde*. Fonte: Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, á. e. (04 de Fevereiro de 2019).
Fonte: Normas Legais: pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf
- Nardi, H. C., & Ramminger, T. (2007). Modos de subjetivação dos trabalhadores de Saúde Mental em tempos de Reforma Psiquiátrica. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, pp. 265-287.
- Nardi, H. C., & Ramminger, T. (2012). Políticas públicas em Saúde Mental e Trabalho: Desafios Políticos e Epistemológicos. *Psicologia: Ciência e profissão*, pp. 374-387.
- Noronha, J. C., Lima, L. D., & Machado, C. V. (2012). O sistema Único de Saúde - SUS . Em L. Giovanella, S. Escorel, L. Lobato, J. C. Noronha, & A. I. Carvalho, *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. (pp. 365-394). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Pai, D. D., Lautert, L., & Krug, J. S. (2011). Psicodinâmica e saúde mental do trabalhador de enfermagem: ritmo acelerado e intensificação do fazer. *Enfermagem em Foco*, 2, 38-43.
- Paço do Gabinete da Prefeitura Municipal de João Pessoa-pb. (15 de Março de 2013). LEI Nº 12.296, DE 12 DE JANEIRO DE 2012: institui a rede de atenção à saúde mental com ênfase na desinstitucionalização e na integralidade das ações em saúde no âmbito do

município de João Pessoa. Fonte: Leis Municipais:

<https://leismunicipais.com.br/a/pb/j/joao-pessoa/lei-ordinaria/2012/1230/12296/lei-ordinaria-n-12296-2012-institui-a-rede-de-atencao-a-saude-mental-com-enfase-na-desistitucionalizacao-e-na-integralidade-das-acoes-em-saude-no-ambito-do-municipio-de-joao-pessoa#>

Paim, J. S., & Almeida-Filho, N. (2014). Reforma Sanitária Brasileira em perspectiva e o SUS. Em J. S. Paim, & N. Almeida-Filho, *Saúde coletiva: teoria e prática* (pp. 203-209). Rio de Janeiro: Medbook.

Pelisoli, C., Moreira, A. K., & Kristensen, C. H. (2007). Avaliação da satisfação e do impacto da sobrecarga de trabalho em profissionais de saúde mental. *Mental*, 63-78.

Planalto. (6 de abril de 2001). *Planalto.gov*. Fonte: Planalto:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm

Pinho, L. B., Hernández, A. M., & Kantorski, L. P. (2010). Trabalhadores em saúde mental: contradições e desafios no contexto da reforma psiquiátrica. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 14, 260-267.

Ramminger, T. (2005). *Trabalhadores de Saúde Mental: Reforma Psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental*. Porto Alegre.

Sampaio, J. J., Guimarães, J. M., Carneiro, C., & Filho, C. G. (2011). O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4685-4694.

Zgiet, J. (2013). Reforma Psiquiátrica e os trabalhadores da saúde mental - a quem interessa mudar? *Saúde em debate*, 313-323.

APÊNDICE

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Código do participante:

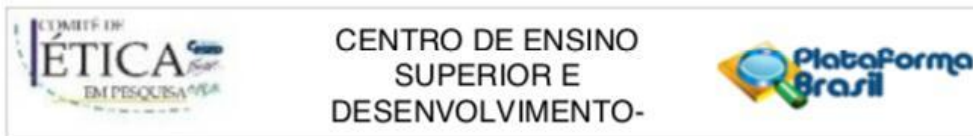
Idade: Sexo: Formação acadêmica:

Função: Tempo de Função:

1. Como você chegou a trabalhar na emergência psiquiátrica?
2. Você realiza seu trabalho baseado em algum documento prescrito? Qual?
3. Você teve algum treinamento ou capacitação para sua função?
4. Você realiza o seu trabalho na prática, levando em consideração estritamente o que é prescrito para sua função? Comente.
5. Você poderia descrever como é seu dia de trabalho do momento que você chega até a hora de ir embora?
6. Quais as diferenças entre os dias mais intensos de trabalho e os menos intensos?
7. Como você avalia suas condições de trabalho?
8. Como você caracteriza a organização do trabalho?
9. Você considera sua equipe cooperativa? Porque?
10. De que modo o trabalho em equipe é organizado?
11. Quais as principais dificuldades que você encontra na realização do trabalho?
12. Quais os principais imprevistos que ocorrem?
13. Como você lida com esses imprevistos?
14. Você se sente sobrecarregado com o seu trabalho? Se sim, de que forma?

15. Você considera que o seu trabalho neste serviço possui riscos? Quais?
16. Como você minimiza esses riscos?
17. O trabalho na emergência psiquiátrica gera prazer para você?
18. O trabalho na emergência psiquiátrica gera sofrimento psíquico para você?
19. Descreva os momentos em que você se sente satisfeito com seu trabalho.
20. Descreva os momentos em que você se sente insatisfeito com o seu trabalho.
21. Quais os recursos pessoais que você utiliza para lidar com o dia-a-dia no trabalho?
22. Você acha que o trabalho pode ter ou tem tido implicações para sua saúde? De que forma?
23. Você já passou por algum adoecimento físico e/ou psíquico que atribui ao seu trabalho? Se sim, comente sobre essa experiência.
24. Como você caracteriza a carga psíquica do trabalho em emergência psiquiátrica?
25. Você acredita que o seu trabalho é reconhecido?
26. Como ocorre esse reconhecimento?

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A ATIVIDADE DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA EMERGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

Pesquisador: Elizama Leal de Melo Lima

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 95459518.8.0000.5175

Instituição Proponente: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

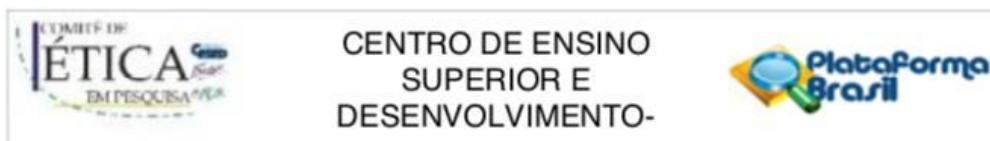
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.964.966

Apresentação do Projeto:

O presente estudo inicia-se realizando uma breve contextualização do percurso em saúde no Brasil com a constituição do Sistema Único de Saúde a partir da Reforma Sanitária Brasileira. Paralelamente ao surgimento do SUS, é possível perceber o delineamento da saúde mental no Brasil, desde o modelo manicomial até o modelo atual, fruto de lutas coletivas que desembocaram na Reforma Psiquiátrica Brasileira, reformulando todo o setor de assistência a saúde mental. Com o novo modelo de atenção a saúde mental, muitos hospitais psiquiátricos foram fechados, priorizando-se o atendimento nos Centros de Atenção Psicossocial, e nos casos de emergência, a referência é a internação em leito psiquiátrico de Hospital Geral. Portanto, os profissionais atuantes na saúde mental estão em constante transformação de suas práticas para acompanhar as mudanças propostas pelas políticas públicas. Tendo em vista o contexto atual, a pesquisa em questão tem como objetivo analisar a atividade de trabalho da equipe multiprofissional de saúde mental no âmbito da emergência psiquiátrica e a relação do processo de trabalho - saúde - doença. A perspectiva teórica adotada no estudo diz respeito a Psicodinâmica do trabalho, que consiste em uma disciplina clínica e metodológica do trabalho com vistas ao conhecimento das relações intersubjetivas das relações entre trabalho e saúde mental. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de cunho descritivo, exploratório e comparativo, a ser realizada com profissionais atuantes na emergência psiquiátrica mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados será realizada através de entrevistas individuais e observação das

Endereço: SENADOR ARGEMIRO DE FIGUEIREDO 1901
Bairro: ITARARE **CEP:** 58.411-020
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-8857 **Fax:** (83)2101-8857 **E-mail:** cep@cesed.br



Continuação do Parecer: 2.964.966

práticas profissionais. Com isso, busca-se investigar as condições e organização do trabalho multiprofissional em emergência psiquiátrica, compreender como o trabalhador desenvolve a inteligência astuciosa, identificar fontes de prazer e sofrimento no trabalho, conhecer as estratégias defensivas individuais e coletivas desenvolvidas pelo trabalhador para lidar com a atividade que desenvolve e identificar as formas de cooperação existentes para o exercício da atividade.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a realização da atividade em equipe multiprofissional de saúde mental no âmbito da emergência psiquiátrica e a relação do processo de trabalho - saúde - doença.

Objetivo Secundário:

Investigar as condições e organização do trabalho multiprofissional em emergência psiquiátrica;

Compreender, sob que circunstâncias, o trabalhador desenvolve a inteligência astuciosa;

Identificar fontes de prazer e sofrimento no trabalho;

Conhecer as estratégias defensivas individuais e coletivas desenvolvidas pelo trabalhador para lidar com a atividade que desenvolve;

Identificar a existência de formas de cooperação existentes para o exercício da atividade;

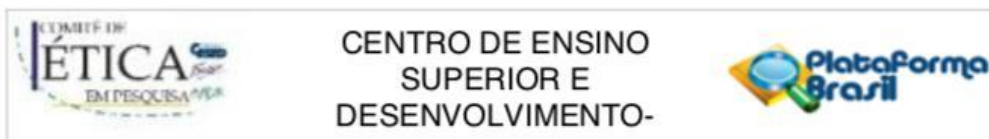
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos que a pesquisa possui são aqueles inerentes aos projetos que lidam com seres humanos, haja vista que conforme a Resolução 466/12, todas as pesquisas possuem risco. Contudo, não será realizada nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas, psicológicas e sociais dos participantes desta pesquisa. Os riscos da participação em uma pesquisa embasada na Psicodinâmica do Trabalho são mínimos, podendo haver alguma pergunta durante a entrevista que de algum modo possa gerar um desconforto ou constrangimento. Caso haja algum fato danoso, comprovadamente resultante do estudo, o participante será acompanhado, de forma individual e posterior ao desenvolver da entrevista e da observação, em uma ação psicológica clínica. O projeto seguirá em observância das normas estabelecidas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisas com Seres Humanos, obedecendo todas as regras e o sigilo ético.

Benefícios:

Endereço: SENADOR ARGEMIRO DE FIGUEIREDO 1901
Bairro: ITARARE **CEP:** 58.411-020
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-8857 **Fax:** (83)2101-8857 **E-mail:** cep@cesed.br



Continuação do Parecer: 2.964.966

Os benefícios esperados com a realização da pesquisa constituem uma importante contribuição científica e social. A relevância científica pode ser observada pela escassez de trabalhos publicados no âmbito de Psicologia da Saúde que tratem sobre a atividade de trabalho no âmbito da emergência psiquiátrica. A relevância social se dá no sentido de que o resultado desta pesquisa auxiliará na construção e no fortalecimento das Políticas Públicas de Saúde mental, principalmente considerando a realidade do trabalhador, bem como a propagação da importância da Reforma Psiquiátrica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta grande relevância social em função da gravidade conjuntural do momento brasileiro. O projeto encontra-se bem estruturado, termos de apresentação obrigatória, cronograma, orçamento anexados e adequados.

No parecer anterior foi solicitado esclarecimentos a respeito de como seria a observação das práticas dos voluntários e qual o roteiro de observação utilizado. A pesquisadora não acatou essa pendência justificando que:

"Por se tratar de uma observação livre nos moldes da Psicodinâmica do Trabalho, para as condições e organização do trabalho, não se fará uso de roteiro. Os aspectos resultantes à observação serão registrados em um diário de campo utilizado pelo pesquisador para posterior análise".

O colegiado deste CEP acatou a justificativa da autora.

Com relação aos aspectos éticos, o projeto segue as diretrizes da Resolução 466/12. Foi descrito de forma detalhada todo o desenvolvimento do estudo, principalmente o procedimento de coleta de dados.

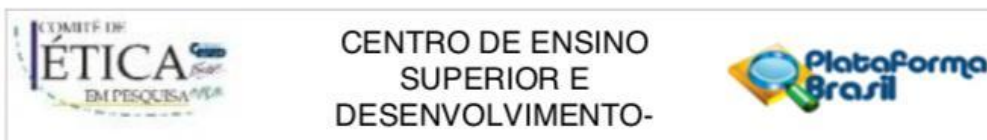
Os possíveis riscos inerentes ao estudo foram esclarecidos, assim como a forma que serão minimizados.

O TCLE atende as determinações da Resolução 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados e encontram-se adequados.

Endereço: SENADOR ARGEMIRO DE FIGUEIREDO 1901
 Bairro: ITARARE CEP: 58.411-020
 UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
 Telefone: (83)2101-8857 Fax: (83)2101-8857 E-mail: cep@cesed.br



Continuação do Parecer: 2.964.966

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise verificou-se que o pesquisador atendeu as pendências e ao que preconiza a resolução 466/12 e a norma operacional 0001/13, que rege as pesquisas que envolvem seres humanos. Dessa forma somos do parecer APROVADO.

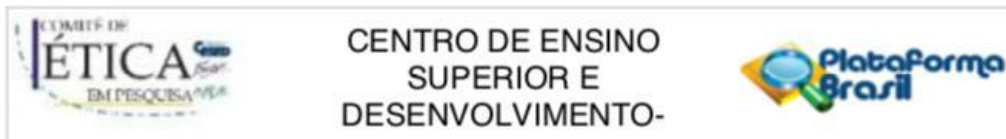
Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto foi avaliado pelo colegiado, tendo recebido parecer APROVADO. O pesquisador poderá iniciar a coleta de dados, ao término do estudo deverá ENVIAR RELATÓRIO FINAL através de notificação (via Plataforma Brasil) da pesquisa para o CEP – CESED.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|---------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1187551.pdf | 04/10/2018 16:27:09 | | Aceito |
| Cronograma | Cronograma_.docx | 04/10/2018 16:26:29 | Elizama Leal de Melo Lima | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETO_COMITE_DE_ETICA.docx | 04/10/2018 16:25:32 | Elizama Leal de Melo Lima | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_.docx | 04/10/2018 16:24:32 | Elizama Leal de Melo Lima | Aceito |
| Orçamento | ORCAMENTO.docx | 03/08/2018 10:58:51 | Elizama Leal de Melo Lima | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | AUTORIZACAO_VOZ.docx | 03/08/2018 10:53:05 | Elizama Leal de Melo Lima | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | concordancia_orientadora.pdf | 03/08/2018 10:20:37 | Elizama Leal de Melo Lima | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | autorizacao_institucional.pdf | 03/08/2018 10:20:06 | Elizama Leal de Melo Lima | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | pesquisador_responsavel.pdf | 03/08/2018 10:19:33 | Elizama Leal de Melo Lima | Aceito |
| Folha de Rosto | folha_de_rosto.pdf | 03/08/2018 10:12:20 | Elizama Leal de Melo Lima | Aceito |

Endereço: SENADOR ARGEMIRO DE FIGUEIREDO 1901
 Bairro: ITARARE CEP: 58.411-020
 UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
 Telefone: (83)2101-8857 Fax: (83)2101-8857 E-mail: cep@cesed.br



Continuação do Parecer: 2.964.966

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 16 de Outubro de 2018

Assinado por:
Rosana Farias Batista Leite
(Coordenador(a))

Endereço: SENADOR ARGEMIRO DE FIGUEIREDO 1901
Bairro: ITARARE **CEP:** 58.411-020
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-8857 **Fax:** (83)2101-8857 **E-mail:** cep@cesed.br