

Processo de trabalho e saúde mental: percepções de trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial

Work process and mental health: perceptions of workers at a Psychosocial Care Center

Proceso de trabajo y salud mental: percepciones de los trabajadores de un Centro de Atención Psicossocial

Recebido: 24/07/2023 | Revisado: 31/07/2023 | Aceitado: 04/08/2023 | Publicado: 07/08/2023

Thalita Dias Nunes

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-2300-1812>

Escola de Saúde Pública do Ceará, Brasil

E-mail: thalita-nunes@hotmail.com

Ana Carolina Souza Torres

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8837-4781>

Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Brasil

E-mail: acarolina_st@yahoo.com.br

Resumo

Introdução: O sistema de saúde teve de se reestruturar para atender às demandas advindas da pandemia. Tal conjuntura reverberou na saúde mental dos profissionais de serviços especializados, já sobrecarregados e submetidos às relações trabalhistas precarizadas. **Objetivo:** Este estudo pretende analisar a influência do processo de trabalho na saúde mental dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial II – CAPS de um município do Ceará. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa com uso de entrevistas semiestruturadas realizadas no mês de dezembro de 2022 com 12 profissionais. Os dados coletados foram transcritos e analisados pela técnica de Análise de Conteúdo do tipo Temática. **Resultados:** O contexto laboral pode gerar sofrimento/adoecimento aos trabalhadores que se encontram sobrecarregados por falta de recursos humanos e materiais. Com base nos relatos dos entrevistados, não há a implementação da Política Nacional de Valorização do Trabalhador e da Trabalhadora e nem espaços de cuidado com a saúde mental dos profissionais. **Conclusão:** É necessário o planejamento de ações para o cuidado da saúde mental, que deve partir da gestão local. Além disso, compreender que a forma de organização do fazer saúde, enquanto gestão municipal, impacta na saúde dos profissionais.

Palavras-chave: Saúde mental; Saúde do trabalhador; Atenção Primária à Saúde.

Abstract

Introduction: The health system had to be restructured to meet the demands arising from the pandemic. This situation reverberated in the mental health of professionals in specialized services, already overloaded and subjected to precarious labor relations. **Objective:** This study aims to analyze the influence of the work process on the mental health of workers at a Psychosocial Care Center II – CAPS in a municipality in Ceará. **Methodology:** This is qualitative research using semi-structured interviews carried out in December 2022 with 12 professionals. The collected data were transcribed and analyzed using the Thematic Content Analysis technique. **Results:** The work context can generate suffering/illness for workers who are overloaded due to lack of human and material resources. Based on the interviewees' reports, there is no implementation of the National Policy for the Valorization of Male and Female Workers and no spaces for mental health care for professionals. **Conclusion:** It is necessary to plan actions for mental health care, which should start from local management. In addition, understanding that the way of organizing health care, as municipal management, impacts on the health of professionals.

Keywords: Mental health; Occupational health; Primary Health Care.

Resumen

Introducción: El sistema de salud tuvo que ser reestructurado para atender las demandas derivadas de la pandemia. Esta situación repercutió en la salud mental de los profesionales de los servicios especializados, ya sobrecargados y sometidos a relaciones laborales precarias. **Objetivo:** Este estudio tiene como objetivo analizar la influencia del proceso de trabajo en la salud mental de los trabajadores de un Centro de Atención Psicossocial II – CAPS en un municipio de Ceará. **Metodología:** Se trata de una investigación cualitativa mediante entrevistas semiestructuradas realizadas en diciembre de 2022 con 12 profesionales. Los datos recolectados fueron transcritos y analizados mediante la técnica de Análisis de Contenido Temático. **Resultados:** El contexto de trabajo puede generar sufrimiento/enfermedad para los trabajadores sobrecargados por falta de recursos humanos y materiales. Con base en los relatos de los entrevistados, no hay implementación de la Política Nacional de Valorización de los Trabajadores y

Trabajadoras y no hay espacios de atención a la salud mental para los profesionales. Conclusión: Es necesario planificar acciones para el cuidado de la salud mental, que deben partir de la gestión local. Además, entendiendo que la forma de organizar el cuidado de la salud, como gestión municipal, impacta en la salud de los profesionales.

Palabras clave: Salud mental; Salud laboral; Atención Primaria de Salud.

1. Introdução

A saúde mental desde os anos 70 vem passando por um processo de reforma, a chamada reforma psiquiátrica que resultou em um modelo substitutivo ao modelo hospitalar, trazendo melhores condições de vida e de saúde para pessoas com transtornos mentais, que passam a ser reinseridas na sociedade como forma de tratamento e de condição humana.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), modelo substitutivo, instituído pela Portaria Ministerial n° 336/ 2002 têm o papel de promover uma atenção em saúde humanizada, contrária ao modelo manicomial, com a compreensão de saúde mental que visa priorizar o indivíduo e não a doença (Vieira, et al., 2018).

Em 2001 foi instituída a Política Nacional de Saúde Mental (Lei 10.216), marco legal da reforma psiquiátrica, que assegurou os direitos das pessoas em sofrimento mental, além de instituir um novo modelo de tratamento pautado em serviços de base comunitária.

Dez anos depois é implementado a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS na Atenção Primária à Saúde (APS), e “estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas.” (Brasil, 2011). Essa rede se faz presente nos serviços de atenção básica, de atenção psicossocial, de atenção à urgência e emergência, de atenção hospitalar, entre outros.

Dessa forma, a saúde mental que entendemos atualmente é fruto de um processo de luta para inserção das pessoas com sofrimento mental na família e na sociedade, compreendendo que a inclusão destas são cruciais para evolução do tratamento.

Ao falar de saúde mental não podemos esquecer dos profissionais que prestam atendimento em saúde mental, eles também estão expostos a situações que podem gerar sofrimento psíquico, e, pensando nisso, a pesquisa que originou esse projeto se debruçou sobre a saúde mental do trabalhador no contexto da APS.

A saúde do trabalhador (ST) define-se como um campo de prática e de conhecimento interdisciplinar, multiprofissional e interinstitucional, além de promover ações de vigilância e assistência, que visem à promoção, proteção e recuperação dos trabalhadores submetidos a riscos e agravos do trabalho (Gomez, et al., 2018). A globalização acarretou muitas mudanças no mercado de trabalho, o qual, tornou-se um ambiente competitivo, com condições de trabalho insalubres, baixa remuneração, carga horária abusiva e acúmulo de funções, levando ao sofrimento físico e psíquico do trabalhador (Fernandes et al, 2018).

A APS não escapa dessa lógica, portanto, seus profissionais enfrentam fatores de risco para o adoecimento, visto que estão lidando diariamente com frustrações advindas do trabalho, além de confrontarem a imposição do modelo médico hegemônico e lutarem para reforçar os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS). A expansão da APS e a denominação como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS), exige que os profissionais detenham conhecimento necessário para realizar o acolhimento à população, conviver com a sobrecarga das atividades, lidar com os processos de saúde-doença e com a precarização de materiais no trabalho (Tasca et al., 2020).

Destarte, a pesquisa buscou analisar a influência do processo de trabalho na saúde mental dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial II de um município da Macrorregião Norte do Ceará, a partir das relações de trabalho entre os profissionais e a gestão, atentando para como se organiza o serviço, analisando a presença de sofrimento/adoecimento psíquico por conta do exercício laboral, apontando os entraves na rotina dos trabalhadores que afetam a saúde mental, bem como identificando lacunas na valorização do trabalhador de saúde mental na localidade.

Este estudo pretendeu contribuir com o serviço e com o município sobre a saúde mental dos trabalhadores da RAPS, a fim de que se possam lançar novos caminhos de produção do cuidado em saúde. Além de colaborar com o campo científico com mais uma pesquisa nessa temática, permitindo que todos possam ter acesso ao conhecimento – a sociedade – de que saúde mental perpassa todos os setores da vida do ser humano, inclusive a dimensão do trabalho.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, em que o objeto de pesquisa demanda por respostas que não são interpretadas numericamente, considerando como material a linguagem em suas diversas formas de expressão (Bosi, 2012). A pesquisa foi realizada com os profissionais do CAPS II de um município da Macrorregião Norte do Ceará, para saber como se dá o processo saúde- doença e sua interface com o trabalho. A escolha por esse local de pesquisa deve-se ao fato de a pesquisadora responsável ter contato diariamente com o espaço por realizar a Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva da Escola de Saúde Pública do Ceará – (ESP/CE) e vivenciar a rotina do serviço.

Quanto ao nome do local será mantido o sigilo a fim resguardar os profissionais que participaram das entrevistas, sendo utilizado a letra P de profissional acompanhada da numeração de um a doze para designar os entrevistados. Esse centro conta com 22 profissionais, sendo 2 psicólogos de 40h; 2 assistentes social de 30h; 1 psiquiatra 40h; 1 enfermeiros de 36h; 3 técnicas de enfermagem de 40h; 1 educadora física; 2 funcionários do administrativo de 40h; 2 recepcionistas; 3 auxiliares de serviços gerais, sendo 2 de 20h e 1 de 40h; 1 vigia; 1 Coordenadora. Além de três residentes das seguintes categorias: serviço social, psicologia e enfermagem.

Desses profissionais que compõe a unidade, a entrevista foi realizada com os trabalhadores que são linha de frente no serviço, ou seja, aqueles que lidam cotidianamente com os usuários prestando atendimentos da recepção – que faz uma escuta com os usuários para saber sua demanda – até o consultório – com atendimentos de triagem, acolhimento, atendimentos individuais da psicologia, serviço social e psiquiatria e retorno multiprofissional – totalizando 12 profissionais, pois foram excluídos do estudo os participantes afastados das atividades laborais por férias, licença e/ou doença durante a realização das entrevistas.

A coleta de dados foi realizada em dezembro de 2022, por meio de entrevista semiestruturada com os profissionais no seu cenário de prática, sendo elaborado pela própria autora. As entrevistas foram registradas através de gravação eletrônica, e os dados obtidos transcritos e, posteriormente, analisados pela Análise de Conteúdo do tipo Temática de Minayo a partir de categorias, pois estas “[...] são empregadas para estabelecer classificações. Nesse sentido trabalhar com elas significa agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso” (Minayo, 2002, p. 70).

A pesquisa seguiu as normatizações éticas instituídas pelas Resoluções nº 510 de 07 de abril de 2016 e nº 466 de 12 dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e as que envolvem seres humanos em Ciências Humanas e Sociais, respectivamente (Brasil, 2016; Brasil, 2012).

O projeto de pesquisa foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) via Plataforma Brasil, e obteve parecer favorável sob o número CAAE: 64696922.9.0000.5037. (fonte: TNR 10 – justificado – espaço 1,5).

3. Resultados

Os resultados do presente estudo serão abordados a seguir em duas etapas, primeiramente com a caracterização dos participantes da pesquisa, e, posteriormente, as categorias temáticas elaboradas a partir das entrevistas.

Dos 12 profissionais entrevistados que são linha de frente no atendimento aos usuários, há o predomínio do sexo

feminino com 9 profissionais. Em relação a idade varia entre 20 a 60 anos de idade, a renda familiar desses trabalhadores é de um 1 salário a 10 salários mínimos. Metade desses trabalhadores se consideram da cor parda, em sequência negros e brancos. Quanto à escolaridade 7 possuem nível superior; 3 são nível técnico e 2 são nível médio. Sendo que 2 pessoas de nível médio possuem graduação, mas estão contratados como técnicos. O vínculo empregatício dos entrevistados foram, na maioria, contratos, pois 4 são concursados, dentre eles 2 são de nível superior; 1 de nível técnico; e 1 de nível médio.

Com relação ao tempo de atuação no CAPS II, 11 participantes atuavam entre 6 meses a 4 anos, a mais antiga possui 13 anos de trabalho no serviço. Isso se deve a alta rotatividade de profissionais, pois mais da metade são contratos temporários. Importante mencionar que uma semana após as entrevistas, o serviço não contava mais com essa quantidade de profissionais, pois os contratos foram encerrados, ficando 5 profissionais para os atendimentos em linha de frente.

Sobre a experiência profissional, 5 dos entrevistados já eram trabalhadores do SUS, apenas 1 entrevistado tinha experiência em trabalhar no CAPS, os demais na atenção básica, e os outros 7 entrevistados apresentavam experiência em outros setores. Apenas um profissional é especialista em saúde mental, mas é uma das trabalhadoras que foi demitida devido a encerramento de contrato.

A partir da análise do material empírico foram lançadas duas categorias analíticas por meio dos recortes temáticos apresentados no Quadro 1, a seguir:

Quadro 1 - Categorias temáticas e recortes temáticos das entrevistas.

Categorias Temáticas	Recortes Temáticos
Entraves ao processo laboral que afetam a saúde mental	<p><i>“A sobrecarga de muito atendimentos, a gente percebe que o fluxo é muito intenso aqui no CAPS, então não é só a questão do atendimento psicológico, mas a gente sempre se depara com situações de urgências, tentativas de suicídio, então querendo ou não implica muito na nossa saúde mental, porque em algum momento a gente se sente muito sobrecarregado, o cansaço não se torna só físico, acaba se tornando mental também, então essa sobrecarga e de que você tem que ser resolutivo, que você tem que agir, chegou o paciente no serviço tem que agir, então quantas vezes a gente quer logo resolver logo tudo isso e no final das contas o quanto a gente se desgasta, então pra mim é uma sobrecarga que prejudica muito a nossa saúde mental.” (P4)</i></p> <p><i>“O estresse, as vezes a gente absorve tanta coisa e não sabe digerir.” (P6)</i></p> <p><i>“A rotatividade de profissionais a gente tem o desgaste na relação devido a exatamente isso, a gente começa a ter uma relação de trabalho com a equipe aí depois que isso é mudado precisa refazer tudo de novo, e no meu ponto de vista é desgastante. Além de uma demanda excessiva é que contribui para um adoecimento, não só do médico, mas de toda a equipe, acho que é mais isso, a questão da demanda e dessa organização que ainda não é feita como tem que ser feita no caso das especialidades.” (P7)</i></p> <p><i>“A sobrecarga de trabalho, eu acho que a demanda é muito grande para a quantidade de profissionais que a gente tem, as frustrações né de que a gente não consegue ofertar um trabalho como deveria, com a qualidade que deveria e isso a gente se frustra muito, e eu acho que a desvalorização profissional em termo de remuneração, em termo de plano de cargos e carreiras que a gente não tem. Já tive crise de ansiedade por causa da quantidade de demanda que tem, porque quando chega o final do ano que os profissionais são demitidos acaba que a sobrecarga aumentou muito pra mim em alguns anos atrás e eu desenvolvi uma crise de ansiedade que foram momentâneas naquele período, mas que me causou muito prejuízo e em diversos outros momentos. A rede não é articulada para que essa demanda seja atendida da maneira como deveria, então acaba que a demanda chega muito grande pra gente, mas falta recursos, falta grupos e falta diálogo com a gestão, então a gestão precisa por exemplo melhorar a articulação da rede.” (P10)</i></p> <p><i>“A pressão, é muita pressão as vezes ali fora, as pessoas não respeitam nem a gente, tem que ficar calada ouvindo mal, a gente pode adoecer mesmo com isso, se falar estão dizendo que estou atendendo mal.” (P11)</i></p> <p><i>“Eu acho que a falta de condições de trabalho, a equipe incompleta, o fato de a gente não ter um planejamento executável, a gente planeja, mas a gente não executa, então a gente fica enxugando gelo, só atendendo, só acolhendo não tem outras atividades que a gente possa fazer, [...] a gente não tem suporte, a gente não tem outros profissionais que possa atender a gente né, não tem essa parte da proteção da gente como trabalhador, ninguém se preocupa com isso. Todos os servidores do município não têm um serviço médico para a gente, então a falta de um serviço médico para a gente é preocupante, porque a gente acaba trabalhando no piloto automático.” (P12)</i></p>

Lacunas na valorização do trabalhador na saúde	<p><i>“Jamais, não tem férias, as vezes reincide antes de 12 meses para não dá férias e depois inicia um novo contrato.” (P1)</i></p> <p><i>“Não, infelizmente, mas aí eu digo que isso é em todas as categorias.” (P4)</i></p> <p><i>“Não, a gente não é nem valorizado financeiramente, nenhuns parabéns, nem nada.” (P5)</i></p> <p><i>“A gente tentou instituir o cuidado da saúde do trabalhador, mas por conta da agenda conseguiu fazer dois encontros, o que era para ser mensal na última semana do mês não conseguimos mais fazer. Teve a iniciativa, mas não teve o desenvolvimento da estratégia” (P7)</i></p> <p><i>“Pela parte da coordenadora sim, agora pela parte das pessoas maiores como da prefeitura, dessa hierarquia acho que não. Aqui a pessoa tem que trabalhar por ela mesmo, porque não tem. [...] eu acho que o CAPS é esquecido por parte da gestão, não vejo preocupação deles. As vezes até em um evento a gente tira do bolso para poder acontecer.” (P8)</i></p> <p><i>“Não, não existe plano de cargos e carreiras, não existe esse vínculo ou contato da própria gestão de escutar as nossas demandas ou as nossas queixas, não existe uma tentativa de entender quais são, por exemplo as nossas qualificações né, por exemplo eu não se me sentia qualificado para ser colocado no CAPS quando eu vim, eu tinha formação para ser colocado na saúde da família e não foi considerado isso. Então acho que isso também atravessa a gente de uma maneira que nos adocece e nos frustra, porque a gente as vezes se sente capacitado para um serviço e está executando outro.” (P10)</i></p> <p><i>“Não tem, tem desvalorização e desrespeito, falta de solidariedade e de compreensão. De uma forma geral a coordenadora se esforça, mas eu noto que ela compactua de certa forma que a gestão faz (P12)</i></p>
--	--

Fonte: Autores (2023).

4. Discussão

4.1 Entraves ao processo laboral que afetam a saúde mental

Para que essa categoria temática seja analisada é necessário conceituar o que é trabalho, a partir da visão marxista, representando uma dimensão central na vida do ser humano, realizado na relação homem e natureza para satisfazer as necessidades de sobrevivência. Portanto, o trabalho é um processo em que o homem atua na natureza para submetê-la ao seu controle, de forma utilitária, e nessa troca, transformam a si mesmos. Os processos de trabalho em saúde e as relações sociais que se estabelecem vão favorecer a formação de sujeitos-trabalhadores, num processo de reprodução social. (Peduzzi & Schraiber, 2009; Paim, et al., 2017).

Sendo assim, “para compreender a relação saúde mental-trabalho, deve-se considerar, além dos aspectos individuais, também o contexto sócio histórico em que os trabalhadores se encontram” (Barros & Bernardo, 2017, p. 4), isto é, no sistema capitalista que dita as formas de organização social, inclusive o trabalho, e como essas relações são permeadas na sociedade a partir do modelo toyotista e da ideologia neoliberal que ganham força na década de 1970, baseado na flexibilização do trabalho e dos trabalhadores transformando o mundo do trabalho.

De acordo com Antunes (1998) há uma nova configuração para o trabalhador com perdas significativas com relação aos direitos trabalhistas, com vínculos empregatícios frágeis, salários baixos, alta competitividade entre os funcionários, intensificação do ritmo do trabalho ocasionando uma sobrecarga no trabalhador que interfere diretamente na sua saúde mental. A conjuntura atual do processo de trabalho em saúde é demarcada por desafios, representados pela precarização dos vínculos e formas de contratação trabalhista, as quais se dão pelas terceirizações, imprimindo condições laborais insuficientes, aliadas a um contexto de alta rotatividade da força de trabalho com aumento de sujeitos atuando na informalidade (Krein, 2009).

Essa precarização atinge todas as áreas de trabalho, inclusive a saúde, seja em âmbito público ou privado, já que o capitalismo perpassa todas as dimensões da vida humana. Cada área de atuação profissional apresenta peculiaridades próprias daquela relação de trabalho e como se faz esse trabalho. Dessa maneira,

compreendemos que o processo de trabalho em saúde é inteiramente dependente da relação entre sujeitos, sendo assim, um trabalhador isolado é incapaz de executar as ações em saúde, cuja produção se realiza no espaço partilhado com o usuário. (Merhy, 2002 como citado em Faria & Araújo, 2010, p. 432)

Portanto, o trabalho em saúde se dá pela partilha entre usuário e profissional. A partir daí se cria vínculos, trocas e participação dessa produção em saúde, que não se realiza apenas com o profissional, mas no encontro entre sujeitos que possibilitam o fazer saúde para além do instituído, com ética nesse espaço de cuidado.

Além disso, o CAPS II conta apenas com dois profissionais de nível superior concursado e os demais contratados, o que dificulta a criação de vínculo com os usuários, pois quando encerra o contrato esses profissionais são demitidos e uma nova seleção é realizada, mas não imediatamente, há uma morosidade para contratação de novos profissionais.

A precarização das condições de trabalho dos trabalhadores de saúde mental coloca em evidência a importância de efetivar a reforma sanitária e psiquiátrica, pois sem condições mínimas de exercer suas atividades se torna difícil superar o modelo biomédico que ainda existe nas repartições públicas e privadas.

A partir dos relatos dos entrevistados podemos perceber que a sobrecarga de trabalho é um fator considerado ‘adoecedor’ para os profissionais, que ocasiona estresse, frustrações, desvalorização profissional, que são próprias do sistema capitalista ao colocar o trabalhador como polivalente,” com novas características técnicas e sócio intelectivas, capaz de atuar em diferentes funções ou postos de trabalhos [...]” (Koiike, 2009, p. 4)”, sendo aquele que executa várias atividades e que seja ágil diante das circunstâncias.

Esse é um dos motivos da precarização do trabalho, que torna o profissional sobrecarregado de atividades (o que não quer dizer que não possa exercer várias atribuições). Aqui se refere a um trabalhador que exerce atividades como se fossem de duas ou mais pessoas, quando deveria ser contratado outro profissional. No entanto, para não ter mais gastos com recursos humanos, concentra-se as diversas atividades em um trabalhador.

Além disso, o CAPS II conta apenas com dois profissionais de nível superior concursados, e os demais contratados, o que dificulta a criação de vínculo com os usuários, pois quando encerra o contrato esses profissionais são demitidos e uma nova seleção é realizada, mas não imediatamente, há uma morosidade para contratação de novos profissionais.

Até os residentes se sentiram sobrecarregados com a grande demanda de atendimento que chegou ao ponto de não conseguirem colocar a agenda preconizada pela Escola de Saúde Pública no primeiro ano de residência, gerando desgaste nos profissionais.

A rotatividade profissional, a falta de recursos humanos e materiais compromete a criação de vínculo entre profissional e profissional e entre profissional e usuário, pois fragiliza a ótica do trabalho em saúde, que se dá pela partilha entre usuário e profissional. A partir daí, criam-se vínculos, trocas e participação dessa produção em saúde, que não se realiza apenas com o profissional, mas no encontro entre sujeitos que possibilitam o “agir” em saúde para além do instituído.

A carência de recursos humanos e materiais de trabalho prejudicam na realização de atividades que beneficiam o paciente, e não só isso, a falta de entendimento do que o serviço de saúde oferta, como atenção especializada, acarreta em dificuldades também para o usuário, pois, se os profissionais dos diversos pontos de atenção Rede de Atenção à Saúde do município não compreendem o processo de trabalho de cada serviço não há diálogos e encaminhamentos efetivos para os usuários, como mencionado pelo profissional P10, ao referir-se aos entraves na rotina laboral.

Faz-se necessário que haja recursos humanos suficientes para trabalhar saúde mental no município, pois só há uma equipe de Núcleo Ampliado de Saúde da Família – NASF que não consegue abarcar as demandas de 20 USB. Por conta disso, há uma certa dificuldade em trabalhar saúde mental nas unidades básicas.

Todas essas formas de precarização supracitadas implicam no fazer profissional e na forma como esse trabalhador - que produz o cuidado em saúde - se sente em relação à sua própria saúde, visto que, os profissionais lidam com o sofrimento daquele que busca ajuda nos serviços de saúde, para além disso, são seres humanos que também tem o seu sofrimento por motivos diversos, somado à precarização do trabalho que pode iniciar ou intensificar um adoecimento já latente. “Vemos então, que há condições peculiares no trabalho com Saúde Mental que, quando associadas à precariedade objetiva e subjetiva,

podem ter consequências importantes” (Barros & Bernardo, 2017, p. 6).

Pensando nisso, é pertinente que as unidades de saúde se atentem para a saúde daqueles que prestam atendimento nos serviços, que também são sujeitos propensos ao sofrimento/adoecimento por condições próprias de sua vida pessoal e profissional. Desse modo,

concordarmos com Marx (1975) e Engels (1974) que o trabalho tem o poder de transformar os homens, precisamos encarar essa atividade humana de outra maneira, insistindo na premissa de que o trabalho em saúde, ao mesmo tempo em que produz cuidado, produz cuidadores. Nesse sentido, é fundamental gerar instrumentos analíticos que nos permitam verificar que o mesmo processo que produz saúde é capaz de criar profissionais mais saudáveis, e que ao mesmo tempo em que se fabrica o cuidado podemos tecer sujeitos de emancipação mais capazes de lutar pela própria saúde e a dos outros. (Marx, 1975; Engels, 1974 como citado em Faria & Araújo, 2010, p. 433)

Diante da fala de um dos entrevistados percebemos que não há profissionais para cuidar dos trabalhadores de saúde mental, não existe o cuidado com o cuidador, não há uma preocupação da organização do serviço, e deveria ser parte de uma cultura da gestão do município a valorização do profissional de saúde, ainda mais em um espaço sensível como o CAPS.

4.2 Lacunas na valorização do trabalhador da saúde mental

O ambiente de trabalho é considerado um dos Determinantes Sociais da Saúde – DSS que influência no processo saúde-doença, tratado pelo modelo de Dahlgren e Whitehead, sendo um fator macro de determinação. É possível encontrar também na Lei Orgânica da saúde (8.080/1990) em seu Art. 3º que menciona os determinantes e condicionantes da saúde, entre outros, o trabalho. Essa lei pontua aspectos conceituais importantes para compreensão da dimensão da Saúde do Trabalhador:

um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa recuperação, e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. (Brasil, 1990)

A Política Nacional de Humanização (PNH), de 2003, aborda diretrizes para a valorização do trabalhador e da trabalhadora, e constitui-se numa política transversal, guiada pelo método da inclusão entre trabalhadores, usuários e gestão, pois compreende que as articulações desses sujeitos são catalisadoras de mudanças nos serviços de saúde, dando visibilidade para tomada de decisões conjuntas. Para colocar em prática essa diretriz prevista na cartilha do Ministério da Saúde, menciona que através de

Programa de Formação em Saúde e Trabalho e a Comunidade Ampliada de Pesquisa são possibilidades que tornam possível o diálogo, intervenção e análise do que causa sofrimento e adoecimento, do que fortalece o grupo de trabalhadores e do que propicia os acordos de como agir no serviço de saúde. É importante também assegurar a participação dos trabalhadores nos espaços coletivos de gestão. (Brasil, 2013)

Em 2012 é instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora mediante a portaria MS/GB nº 1.823, sendo de grande importância para os trabalhadores da saúde do âmbito público e privado, independente da modalidade de contratação, pois todos os profissionais da saúde são destinatários dessa política. Essa Portaria tem

como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos. (Brasil, 2012)

Desse modo, entendemos que a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora é de

responsabilidade de todos os entes federativos, mas no município em que foi realizado a pesquisa, mediante as falas dos entrevistados, percebemos que essa política não é trabalhada pela secretaria de saúde. Além disso, o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) não fica localizado no município, pois a abrangência dessa localidade é regional, ficando essa unidade em Sobral, o que dificulta a comunicação com esse órgão, que é crucial na “prestação de retaguarda especializada, sendo um suporte de apoio matricial para o Sistema Único de Saúde” (Brasil, 2012).

Se os gestores não trabalham com base nas políticas de saúde para os trabalhadores como ferramenta de mudança nos espaços que ofertam saúde, não se avança no projeto de Reforma Sanitária. Em contrapartida, temos profissionais adoecidos, sobrecarregados no ambiente de trabalho, com uma equipe reduzida que não consegue dar conta da demanda de um serviço que não atende só a população da localidade, mas, também, de dois municípios vizinhos. Assim, a oferta do cuidado em saúde de forma integral fica comprometida, como também a saúde do cuidador.

Dessa forma, a valorização do trabalhador se encontra apenas em textos de leis e portarias, que não são apropriados na prática pelos que gerem a saúde. A entrevistada P6 menciona que município não conta com Plano de Cargos Carreiras e Salários (PCCS) para os servidores.

O PCCS pode ser definido como um instrumento de gestão do trabalho, que tem como finalidade valorizar o trabalhador e instaurar o processo de carreira nas instituições. Além disso, é um conjunto de normas que orienta e disciplina a trajetória do trabalhador em sua carreira, bem como a respectiva remuneração, promovendo oportunidades de qualificação profissional. (Castro, 2012; Brasil, 2006 citado em Vieira et al., 2017)

Portanto, diante das falas dos entrevistados, percebemos que falta, por parte da gestão, colocar em prática o que as políticas de saúde evidenciam sobre a saúde do trabalhador, apresentando contradições entre o plano teórico-legal e o real/empírico, pois o que consta nas políticas de saúde não se manifesta em ações na prática do cotidiano dos serviços. Além disso, é salutar entender que o diálogo entre a gestão, enquanto secretaria de saúde, e o serviço são construtores de espaços mais saudáveis, pois a partir do momento que se compreendem as dificuldades dos trabalhadores e as demandas que são solicitadas naquele serviço de saúde, é possível diminuir o sofrimento daqueles que ofertam cuidado em saúde, visto que, a gestão entenderia o dia a dia dos profissionais e trabalharia na redução dos possíveis impactos para os trabalhadores.

A PNH traz em seus princípios, a indissociabilidade entre atenção e gestão, pois compreende que as tomadas de decisões devem ser articuladas entre trabalhadores, usuários e gestão. Não se faz saúde sozinho, as relações devem ser horizontalizadas para conseguir dialogar e fazer saúde.

Desse modo, será possível criar espaços de cuidado ao cuidador no serviço de saúde quando os gestores da rede de atenção do município e os profissionais de saúde compreenderem que devem ter esse espaço garantido na agenda do serviço de saúde, enquanto momento de produção de cuidado, e que não deve ser negligenciado. A entrevistada P7 relatou que tentaram instituir esse espaço, mas devido à agenda do serviço não foi possível, por isso, aponta-se a necessidade das unidades de saúde atentarem às normativas do nível de gestão central voltadas à estratégia de cuidado do cuidador, pautando e priorizando suas ações na agenda do cotidiano do serviço.

5. Considerações Finais

Pode-se inferir que a pesquisa buscou compreender os entraves laborais que afetam a saúde mental dos trabalhadores do CAPS II, a sua análise se deu de forma mais geral, a partir do sistema de produção capitalista com sua ideologia neoliberal que adentra em todos os setores da vida humana, com sua flexibilização nas relações humanas e de trabalho, trazendo impactos na saúde do trabalhador.

É sabido que as condições objetivas trazem impactos para a saúde do trabalhador, todavia, não se esgota apenas nisso,

há também as condições subjetivas, abordadas por meio de uma análise estruturalista, sendo necessárias outras formas de análise do tema que possam incluir a dinâmica compreensiva do fenômeno do sofrimento psicossocial na rotina laboral, a partir de outras teorias sociais.

Recomenda-se a realização de pesquisas em outros contextos, como o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas e Unidades Básicas de Saúde, revelando facetas não contempladas pela presente pesquisa. Estudos futuros poderiam incluir análises ancoradas em outras teorias sociais, de caráter fenomenológico/hermenêutico, com elaboração de estudos acerca do sofrimento laboral que interseccionem raça, gênero e classe social.

Portanto, este estudo reflete acerca de pontos importantes para o conhecimento da gestão e dos profissionais sobre as dificuldades no serviço que causam desgaste, sofrimento/ adoecimento para os trabalhadores que se encontram na unidade, e a partir disso, é possível planejar ações e estratégias como forma de minorar o contexto adoecedor do ambiente de trabalho. Contudo, sabemos que será necessário mexer com a estrutura do modus operandi da gestão no município que impacta na saúde dos que ofertam cuidado.

Referências

- Antunes, R (1998). *Adeus ao trabalho: Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho*. Cortez.
- Barros, A. C. F. & Bernardo, M. H. (2017). A lógica neoliberal na saúde pública e suas repercussões para a saúde mental de trabalhadores de CAPS. *Revista de Psicologia da UNESP*, 16(1), 60-74.
- Bosi, M. L. M. (2012). Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17, 575-586.
- Brasil (2016) Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. *Diário Oficial da União*.
- Brasil (2012) Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*.
- Brasil (2001) Lei nº 10.216, de abril de 2001. *Diário Oficial da União*.
- Brasil (1990) Lei nº 8.080, de setembro de 1990. *Diário Oficial da União*.
- Brasil. (2013). *Política Nacional de Humanização PNH*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde.
- Brasil. (2012). Portaria nº 1823 de 23 de agosto de 2012. Brasília: Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro.
- Brasil. (2002). Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro.
- Brasil. (2011). Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro.
- Faria, H. X., & Araujo, M. D. (2010). Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. *Saúde e sociedade*, 19, 429-439.
- Fernandes, M. A., Silva, D. R. A., & Ibiapina, A. R. D. S. (2018). Adoecimento mental e as relações com o trabalho: estudo com trabalhadores portadores de transtorno mental. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 16(3), 277-286.
- Gomez, C. M., Vasconcellos, L. C. F. D., & Machado, J. M. H. (2018). Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 1963-1970.
- Koike, M. M. (2009). Formação profissional em Serviço Social: exigências atuais. *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 1-18.
- Krein, J. D. (2009). Tendências recentes nas relações de trabalho no Brasil. *Economia e trabalho: Brasil e México*. LTr, 199-226.
- Marx, K. (2004). Processo de trabalho e processo de valorização. *A dialética do trabalho: escritos de Marx e Engels*. Expressão Popular, 29-56.
- Minayo, M. C. D. S., Deslandes, S. F., Cruz Neto, O., & Gomes, R. (2002). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Vozes.
- Paim, J. S. (2017). Da teoria do processo de trabalho em saúde aos modelos de atenção. In J. R. Ayres & L. Santos (Orgs.), *Saúde, Sociedade e História* (1ª ed., pp 375-392). Hucitec.
- Peduzzi, M., & Schraiber, L. B. (2009). *Processo de trabalho em saúde: Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Fiocruz.

Tasca, R.; Massuda, A.; Carvalho, W. M. (2020). Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, 7-1.

Vieira, M. A. de A., Martins, F. C., Oliveira, C. A. V., & Teatini, M. E. E. (2018). Perspectivas e desafios para a reinserção da pessoa com transtorno mental na sociedade. *Ciências Gerenciais Em Foco*, 9(6).

Vieira, S. D. P., Pierantoni, C. R., Magnago, C., França, T., & Miranda, R. G. D. (2017). Planos de carreira, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde: além dos limites e testando possibilidades. *Saúde em Debate*, 41, 110-121.