

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**MARTA KOLHS**

**PRAZER E SOFRIMENTO DOS TRABALHADORES QUE ATUAM EM UM  
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS III**

**Porto Alegre  
2017**

**MARTA KOLHS**

**PRAZER E SOFRIMENTO DOS TRABALHADORES QUE ATUAM EM UM  
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS III**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

**Área de Concentração:** Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem.

**Linha de Pesquisa:** Enfermagem e Saúde Mental

**Eixo Temático:** Saúde Mental.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Agnes Olschowsky.

**Porto Alegre  
2017**

CIP - Catalogação na Publicação

Kolhs, Marta

PRAZER E SOFRIMENTO DOS TRABALHADORES QUE ATUAM  
EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS  
III / Marta Kolhs. -- 2017.  
128 f.

Orientadora: Agnes Olschowsky.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio  
Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. Saúde Mental. 2. Saúde do Trabalhador. 3.  
Psicodinâmica do Trabalho. 4. Centro de Atenção  
Psicossocial Álcool e Drogas. 5. Enfermagem. I.  
Olschowsky, Agnes, orient. II. Título.

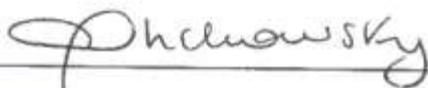
**MARTA KOLHS**

**Prazer e sofrimento dos trabalhadores que atuam em um Centro de Atenção  
Psicossocial Álcool e Drogas III**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

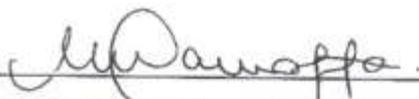
Aprovada em Porto Alegre, 24 de julho de 2017.

**BANCA EXAMINADORA**



Profa. Dra. Agnes Olschowsky

Presidente – PPGENF/UFRGS



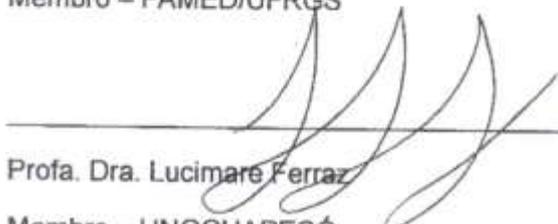
Prof. Dr. Marcio Wagner Camatta

Membro – PPGENF/UFRGS



Prof. Dr. Alvaro Roberto Crespo Merlo

Membro – FAMED/UFRGS



Profa. Dra. Lucimare Ferraz

Membro – UNOCHAPECÓ

Ao meu filho **Victor**, minha maior alegria e fonte de força e inspiração para concluir esta etapa da minha vida. Você me tornou uma pessoa muito melhor. Te amo filho!

Ao meu companheiro **Carlos Carlotto** (baby) sempre dedicando carinho, atenção e amor, de forma a me fortalecer a superar limites. Você é meu AMOR!

**DEDICO**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me iluminar e me manter com saúde para seguir a minha jornada.

Aos meus pais – minha mãe Alides pelo incentivo e ao meu pai (*in memoriam*) por estar sempre comigo.

Ao Carlotto (baby) pelo companheirismo, paciência, e por entender minha busca.

Victor meu filho amado, por me ensinar, estimular, criticar e torcer por mim nesta trajetória.

À minha orientadora, Agnes pela compreensão, pelo aprendizado e por estar ao meu lado nos desafios dessa caminhada.

Aos colegas e amigos da Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS.

A minha banca de qualificação, professores Dr. Marcio Camatta; Dra Lucimare Ferraz; Dr. Álvaro Crespo Merlo e Dra. Agnes Olschowsky, os quais auxiliaram nos passos a ser seguidos na pesquisa.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFRGS, pela oportunidade de aprofundar meus conhecimentos.

A Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) por me proporcionar este doutorado, meu eterno reconhecimento!

As colegas docentes do departamento de enfermagem da UDESC que sempre estiveram presente nesta caminhada.

As pessoas que idealizaram e coordenaram este DINTER, meu reconhecimento!

A Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó pela autorização da pesquisa.

Aos trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD III) que participaram do estudo. Aprendi muito com cada um de vocês!

Enfim, agradeço a todos que de alguma forma me incentivaram e contribuíram para essa conquista.

“A vida é a arte do encontro, embora haja tanto desencontro pela vida. É preciso encontrar as coisas certas da vida, para que ela tenha o sentido que se deseja. Assim, a escolha de uma profissão também é a arte do encontro, porque a vida só adquire vida, quando a gente empresta a nossa vida, para o resto da vida”.

Vinícius de Moraes

## RESUMO

**KOLHS, M. Prazer e sofrimento dos trabalhadores que atuam em um Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas III.** 2017. 128 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

As práticas laborativas no campo de trabalho destinado ao cuidado a usuários de substâncias psicoativas têm evoluído para atender às demandas contemporâneas, numa perspectiva biopsicossocial. Com isso o trabalhador dos serviços psicossociais vem promovendo mudanças na prática do cuidado aos usuários de substâncias psicoativas. Com o olhar voltado para este público – os trabalhadores – elaborou-se esta tese que teve como objetivo geral: analisar o prazer e o sofrimento da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPS AD III), na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho; e objetivos específicos: descrever a organização do trabalho no CAPS AD III; identificar as situações de prazer e sofrimento vivenciados pelos trabalhadores no trabalho; verificar as estratégias de defesas que o trabalhador utiliza para o sofrimento. Realizou-se um estudo de caso apoiado na abordagem descritiva qualitativa, tendo como referencial teórico a Psicodinâmica do Trabalho. O campo de estudo foi um CAPS AD III, localizado em um município da região Sul do Brasil, tendo como participantes 23 trabalhadores. A coleta dos dados ocorreram, por meio de entrevista individual e da observação. A análise deu-se pela Análise de Conteúdo, mediante a qual emergiram três categorias analíticas: prazer; sofrimento e estratégias defensivas do sofrimento. Observou-se que o serviço dispõe de estrutura física adequada as demandas; a equipe é multiprofissional, formada na maioria por mulheres, adulta, com curso superior completo e concursado. A organização dos serviços ocorre através das definições na reunião de equipe. A categoria analítica prazer foi expressa especialmente pela liberdade e autonomia no trabalho, pela atuação social que o serviço possibilita aos trabalhadores e pelo reconhecimento do trabalho. Na categoria analítica sofrimento, destacou-se a frustração do trabalhador oriundo do trabalho prescrito e real, da permanência das práticas biomédicas e do preconceito com os usuários. Para enfrentar o sofrimento os trabalhadores recorrem às estratégias defensivas da “inteligência prática”, destacando-se como exitosa. O conjunto dos achados analisados revela que o prazer e o sofrimento no CAPS AD III vêm exigindo dos trabalhadores uma prática reflexiva sobre este novo modelo de atenção, em que o sofrimento vivenciado pelo trabalhador é ressignificado de forma criativa, transformando em prazer e produzindo reflexos na organização do trabalho, nas relações sociais, no cuidado ao usuário e na saúde do próprio trabalhador.

Palavras-chaves: Saúde mental. Psicodinâmica do Trabalho. Saúde do trabalhador. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas.

## ABSTRACT

**KOLHS, M. Pleasure and suffering workers who work in a Centre of Health and Psychosocial Attention – Alcohol and Drugs III.** 2017. 128 f. Thesis (Doctorate in Nursing) – Nursing School, Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

Firstly, practices at work field caring for users of psychoactive substances developed to answer contemporary demands from a biopsychosocial perspective. With this, the psychosocial services worker has been promoting changes in the practice by caring for users of psychoactive substances. With a view to this public - the workers - this thesis was elaborated with the general objective: to analyze pleasure and suffering by a team of a Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs III (CAPS AD III), from the perspective Psychodynamics Work; And with specific objectives: to describe the organization of the work in CAPS AD III; to identify the situations of pleasure and suffering experienced by workers at work; to verify the strategies of defenses that the worker uses for the suffering. A case study supported in the qualitative descriptive approach was carried out, having as theoretical reference the Psychodynamics in the Work. The field of study was a CAPS AD III, located in a municipality in the southern region of Brazil, with 23 workers as participants. Data collection took place through individual interview and observation. Moreover the analysis was given by Content Analysis, in which three analytical categories emerged: pleasure; suffering and defensive strategies of suffering. Therefore, it was observed that the service has adequate physical structure the demands; the team is multiprofessional, formed mostly by women, adult, with full college and insolvency. The organization of services occurs through the definitions in the team meeting. The analytical category of pleasure was expressed especially by the freedom and autonomy in the work, by the social action that the service makes possible to the workers and by the recognition of the work. In the analytical category of suffering, the frustration of the worker came from the frustration among the prescribed and actual work, the permanence of the biomedical practices and the prejudice with the users. To face suffering, workers resort to the defensive strategies of "practical intelligence", standing out as successful. The set of the analyzed findings reveal that the pleasure and suffering in the CAPS AD III has been demanding of the workers a reflexive practice on this new model of attention, in which the suffering experienced by the worker is creatively renified, transforming into pleasure and producing reflexes in the Organization of work, social relations, care for the user and the health of the worker himself.

Key-words: Mental health. Psychodynamics Work. Worker Health. Center for Psychosocial Care Alcohol and Drugs.

## RESUMEN

**KOLHS, M. Placer y sufrimiento de los trabajadores que actúan en un Centro de Atención Psicosocial alcohol y drogas III.** 2017. 128 f. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande del Sul, Porto Alegre, 2017.

Las prácticas laborales en el campo de trabajo destinado al cuidado de usuarios de sustancias psicoactivas han evolucionado para atender a las demandas contemporáneas, en una perspectiva biopsicosocial. Por lo tanto, el trabajador de los servicios psicosociales está promoviendo cambios en la práctica del cuidado a los usuarios de sustancias psicoactivas. Con la mirada dirigida a este público – los trabajadores – se ha elaborado esta tesis que ha tenido como objetivo general: analizar el placer y el sufrimiento del equipo de un Centro de Atención Psicosocial alcohol y drogas III (CAPS AD III), en la perspectiva de la Psicodinámica del Trabajo; y con objetivos específicos: describir la organización del trabajo en el CAPS AD III; identificar las situaciones de placer y sufrimiento vividos por los trabajadores en el trabajo; verificar las estrategias de defensa que el trabajador utiliza para enfrentar el sufrimiento. Se ha realizado un estudio de caso apoyado en el abordaje descriptivo cualitativo, teniendo como referencial teórico la Psicodinámica del Trabajo. El campo de estudio ha sido un CAPS AD III, localizado en un municipio de la región Sur de Brasil, teniendo como participantes a 23 trabajadores. La colecta de los datos ha ocurrido por medio de entrevistas individuales y de la observación. El análisis se ha realizado a través de un Análisis de Contenido, mediante el cual han emergido tres categorías analíticas: placer; sufrimiento y estrategias defensivas frente al sufrimiento. Se ha observado que el servicio dispone de una estructura física adecuada a las demandas; el equipo es multiprofesional, formado en su mayoría por mujeres, adultas, con curso superior completo y concursadas. La organización de los servicios ocurre a través de las definiciones en la reunión de equipo. La categoría analítica placer ha sido expresada especialmente por la libertad y autonomía en el trabajo, por la actuación social que el servicio posibilita a los trabajadores y por el reconocimiento del trabajo. En la categoría analítica sufrimiento, se ha destacado la frustración del trabajador oriunda de la frustración entre el trabajo prescrito y el real, de la permanencia de las prácticas biomédicas y del preconcepto para con los usuarios. Para enfrentar el sufrimiento los trabajadores acuden a las estrategias defensivas de la “inteligencia práctica”, destacándose ésta como exitosa. El conjunto de los resultados analizados revelan que el placer y el sufrimiento en el CAPS AD III está exigiendo de los trabajadores una práctica reflexiva sobre este nuevo modelo de atención, en que el sufrimiento vivido por el trabajador es redefinido de forma creativa, transformándolo en placer y produciendo reflejos en la organización del trabajo, en las relaciones sociales, en el cuidado al usuario y en la salud del propio trabajador.

Palabras-claves: Salud mental. Psicodinámica del Trabajo. Salud del trabajador. Centro de Atención Psicosocial Alcohol y Drogas.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa do Estado de Santa Catarina.....	47
Figura 2 – Mapa do Município de Chapecó – SC .....	47
Figura 3 – CAPS AD III Chapecó – SC .....	47
Figura 4 – Primeiro Piso do CAPS AD III – Chapecó – SC .....	54
Figura 5 – Piso Térreo CAPS AD III – Chapecó – SC .....	55
Quadro 1 – Temas emergidos a partir das entrevistas com os Trabalhadores do CAPS AD III .....	51
Quadro 2 – Dados sociodemográficos dos trabalhadores.....	57

## LISTA DE SIGLAS

ABS – Atenção Básica em Saúde  
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida  
BVS – Biblioteca Virtual de Saúde  
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  
CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas  
CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infância e adolescência  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa  
CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador  
CMS – Conselho Municipal de Saúde  
CNSM – Conferencia Nacional de Saúde Mental  
CONFEN – Conselho Federal de Entorpecentes  
CR – Consultórios na Rua  
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social  
DECS – Descritores em Ciências da Saúde  
DF – Distrito Federal  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
GDH – Grupo de Desenvolvimento Humano  
GM – Gabinete do Ministro  
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
MS – Ministério da Saúde  
NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família  
PdT – Psicodinâmica do Trabalho  
PEAD – Plano Emergencial de Álcool e Drogas  
PTS – Plano Terapêutico Singular  
RAS – Rede de Atenção à Saúde  
RAAS – Registros das Ações Ambulatoriais de Saúde  
RAPS – Rede Atenção Psicossocial  
RD – Redução de Danos  
SAMU – Serviço de Atendimento Médico de Urgência  
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde  
SC – Santa Catarina

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UA – Unidade de Acolhimento

UBS – Unidade Básica de Saúde

UDESC – Universidade do Estado de Santa Catarina

UDI – Usuário de Drogas Injetáveis

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>20</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	20
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	20
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>21</b>
3.1 O TRABALHO E A PSICODINÂMICA DO TRABALHO.....	21
3.2 A ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E DROGAS NO BRASIL.....	35
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>46</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO .....	46
4.2 CAMPO DE ESTUDO.....	46
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	48
4.4 COLETA DE DADOS .....	49
4.5 ANÁLISE DOS DADOS .....	50
4.6 ASPECTOS ÉTICOS .....	52
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>53</b>
5.1 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NO CAPS AD III.....	53
<b>5.1.1 CAPS AD III .....</b>	<b>53</b>
5.2 O PRAZER E SOFRIMENTO DOS TRABALHADORES DO CAPS AD III .....	67
<b>5.2.1 Categoria analítica – Prazer no trabalho no CAPS AD III .....</b>	<b>69</b>
5.2.1.1 Coordenação participativa .....	69
5.2.1.2 Criatividade e liberdade.....	71
5.2.1.3 Cooperação da equipe.....	73
5.2.1.4 Reconhecimento da equipe e usuário .....	76
5.2.1.5 Resolubilidade do trabalho .....	78
5.2.1.6 Identificação com a área de atuação .....	80
<b>5.2.2 Categoria analítica – Sofrimento no trabalho no CAPS AD III .....</b>	<b>82</b>
5.2.2.1 Frustração entre o real e o prescrito.....	83
5.2.2.2 Modelo biomédico.....	86
5.2.2.3 Estigmatização e preconceito com os usuários.....	88
5.2.2.4 Limitações da Rede de Atenção a Saúde (RAS) .....	92

5.3 ESTRATÉGIAS DE DEFESAS DO SOFRIMENTO DOS TRABALHADORES DO CAPS AD III .....	95
<b>5.3.1 Categoria analítica – Estratégias de defesas do sofrimento no trabalho no CAPS</b>	
<b>AD III.....</b>	<b>95</b>
5.3.1.1 Estratégias de defesas individuais – racionalização .....	97
5.3.1.2 Estratégias de defesas coletivas – empatia e cooperação .....	98
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>101</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>105</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>116</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>123</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Este estudo está relacionado à minha trajetória profissional como enfermeira da Atenção Básica e como docente da área de Saúde Mental do curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). No decorrer da minha vivência profissional, fui percebendo que os trabalhadores estão expostos a situações que podem ser geradoras de prazer e/ou sofrimento. Essas situações podem ser consequência do modo de organização do trabalho, da estrutura dos serviços, das demandas de atividades, dos aspectos políticos e também das relações sociais entre equipe, gestores e usuários.

Minhas atividades como enfermeira iniciaram-se em uma equipe mínima da Estratégia Saúde da Família (ESF), de um município com 3.500 habitantes, situado na Região Oeste do Estado de Santa Catarina. As práticas profissionais nesse serviço oportunizaram acompanhar famílias com os mais diversos problemas de saúde. O que mais me angustiava era o cuidado em saúde mental, uma vez que identificava limitações no atendimento às pessoas com transtornos psíquicos e seus familiares. Essas limitações advinham do pouco preparo profissional (abordagem do tema na graduação de forma insuficiente), e também do preconceito social em relação à doença mental, uma vez que nós, equipe da ESF, entendíamos que essas pessoas necessitavam de um atendimento especializado e dentro de hospitais psiquiátricos.

Incomodada com a situação, procurei aprimorar o nosso trabalho. Organizei um grupo de estudos no qual debatíamos os casos do território da ESF de forma a construir planos de cuidados que incluíssem doente, família e comunidade. Além disso, foram organizadas reuniões com a equipe da ESF, com a comunidade e com os Conselheiros Municipais de Saúde (CMS), visando ações coletivas que resolvessem essa problemática social. Concomitantemente, buscou-se apoio para treinamentos, melhor estrutura para atendimento/assistência das pessoas e autonomia para organização do trabalho da equipe.

Essas experiências na ESF instigaram-me a aprofundar meus conhecimentos sobre as Políticas de Saúde. Foi quando ingressei no mestrado em Gestão em Políticas Públicas, desenvolvendo a dissertação “O processo decisório e efetividade: a sociedade civil no Conselho Municipal de Saúde de Chapecó/SC” (KOLHS, 2007). Como resultados constatei que a maioria das discussões/decisões nas reuniões do CMS de Chapecó (SC) eram feitas por representantes da sociedade civil. Esses representantes buscavam a efetivação de serviços de saúde que favorecessem as condições para o trabalho dos profissionais da atenção básica especializada como: constituição de novas equipes ESF; estruturação física, equipamentos e

insumos nas unidades de saúde. Nessas discussões, acompanhei os embates frente ao novo modelo de atenção à saúde mental e a deliberação para implantação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)<sup>1</sup>.

Em 2007, ingressei na Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) como docente, onde tenho atuado nas áreas da Saúde do Trabalhador e Saúde Mental. Na disciplina Saúde do Trabalhador, além das aulas teóricas, há vivências em uma agroindústria. Essa vivência oportuniza uma aproximação com a realidade dos trabalhadores, que, de modo geral, atuam em ambientes fechados, barulhentos, com atividades repetitivas e pressão por produção. Esses aspectos são potenciais elementos geradores de sofrimento. Apesar disso, há, nesses ambientes, demonstrações de alegria e prazer expressas nas risadas, no cantar as músicas dos alto-falantes, nas brincadeiras entre os colegas durante os intervalos. Essas constatações serviram de estímulo para que eu me aprofundasse sobre o referencial da Psicodinâmica do Trabalho (PdT).

Desse modo, decidi estudar o prazer e o sofrimento dos trabalhadores que atuam em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III. Esse tema está vinculado à linha de pesquisa Enfermagem e Saúde Mental do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

A Psicodinâmica do Trabalho preocupa-se com as relações do sujeito no coletivo, partindo de um duplo enfoque: dos procedimentos defensivos contra o sofrimento no trabalho e da ressonância simbólica da história singular do sujeito à história atual e pública no trabalho. Busca-se identificar as relações entre os trabalhadores, vivências de sofrimento e de prazer e como o trabalho se organiza, entendendo o papel da subjetividade e das estratégias defensivas construídas pelos próprios trabalhadores no local onde atuam (DEJOURS, 2015; DEJOURS; ABDOUCHELLI, 2011; GLANZNER, 2014).

Como docente na área da Saúde Mental, tenho vivenciado as mudanças promovidas de forma mais contundente a partir do ano de 2001 com a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Essa reforma propõe a implementação de um modelo de atenção centrado nas necessidades do usuário, no estímulo à reinserção social e na vida familiar e comunitária. Além disso, a reforma é guiada pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), apostando em serviços que substituem o modelo manicomial. Para tanto, foram criados os Centros de Atenção

---

<sup>1</sup> São regulamentado pela Portaria 336/2002 destinados a serviço psicossocial – são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu território, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares (BRASIL, 2004a).

Psicossocial (CAPS) em suas diferentes modalidades (CAPS; CAPSi; CAPS AD). Os CAPS têm sido a principal estratégia de consolidação da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2004b; 2013).

Essas mudanças apontam para a reorganização do modelo de cuidado e aceitam a construção de novas práticas, permitindo mudanças na organização do trabalho e nos espaços de atuação do trabalhador. Com isso, o trabalho em saúde mental está cada vez mais próximo do contexto comunitário de trocas sociais. Esse deslocamento força os trabalhadores a uma mudança na atuação, distanciando-se de uma postura rígida, autoritária, previsível e controlada (GUIMARÃES; JORGE; ASSIS, 2011).

Nesse sentido, concordo com os autores Athayde e Hennington (2012) quando expõem que o trabalho em saúde não é estagnado, está sempre em movimento pela complexidade do ser humano, muitas vezes enigmático e que mobiliza o trabalhador. A organização desse novo modelo de atenção, enquanto política pública, ainda está em construção, tendo em vista sua recente história. Ao acompanhar os estágios acadêmicos em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPS AD III)<sup>2</sup>, comecei a conhecer seu funcionamento e organização, ou seja, como o trabalho ocorria e também as relações entre os integrantes da equipe, os usuários<sup>3</sup>, o gestor; entre outros aspectos. Nesses momentos presenciei situações de tensões na equipe do CAPS AD III advindas do fato de a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) apresentar-se deficitária. Percebi relações sociais conflituosas no trabalho, pouco comprometimento por parte de alguns trabalhadores no que se refere ao objetivo do CAPS AD III, preconceito de alguns trabalhadores com os usuários, preconceito e estigmatização dos demais serviços da rede pública e da sociedade. Esses fatores são potenciais de geradores de sofrimento ao trabalhador.

O CAPS AD III é carregado de sofrimento trazido e relatado pelos usuários e familiares em suas histórias da dependência, exclusão e preconceito social, pelas constantes recaídas e abandono da própria da família.

Entretanto, mesmo com toda problemática relatada observei que havia satisfação no trabalho. Isso me intrigava, pois em um ambiente com grande potencial de sofrimento, os trabalhadores, não faltavam ao trabalho. Eles trabalhavam com alegria/prazer. Essas

---

<sup>2</sup> Portaria 130/2012 Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas CAPS AD para CAPS AD III 24 horas: Art. 2º. O CAPS AD III é o Ponto de Atenção do Componente da Atenção Especializada da Rede de Atenção Psicossocial destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados (BRASIL, 2012a).

<sup>3</sup> Segundo HumanizaSUS “usuário é aquele que usa, indica significado mais abrangente, capaz de envolver tanto o cliente como o acompanhante do cliente, o familiar do cliente, o trabalhador da instituição, o gerente da instituição e o gestor” (BRASIL, 2008, p. 69).

características foram observadas especialmente nas reuniões de equipe; nas atividades criativas proporcionadas nas oficinas terapêuticas; nas trocas entre os profissionais; na melhora do usuário; no reconhecimento do trabalho expresso pelos colegas, usuários e familiares.

Diante do exposto, este estudo buscou responder as seguintes questões: Como se organiza o serviço no CAPS AD III de Chapecó? Como os trabalhadores vivenciam o prazer e o sofrimento no trabalho no CAPS AD III? Quais as estratégias de defesas ao sofrimento que utilizam no trabalho?

Para tal, estabeleceu-se o objeto deste estudo: prazer e o sofrimento dos trabalhadores que atuam em um CAPS AD III.

Este estudo parte do pressuposto que o trabalho no CAPS AD III é um espaço de sofrimento para o trabalhador devido ao preconceito em relação aos usuários de substâncias psicoativas, os quais são marginalizados socialmente, vistos como violentos, vagabundos, malandros e ladrões. Essa situação de exclusão repercute na vida desses usuários, dificultando e/ou impedindo seu acesso ao trabalho, à moradia, ao lazer, ou seja, à vida em sociedade.

Desse modo, a exclusão social e o preconceito interferem na organização do trabalho no CAPS AD III, uma vez que os profissionais devem fazer o enfrentamento desse fato e, também lidar com os sentimentos despertados nos usuários como revolta, tristeza, desvalia, desesperança, associados à vivência da dependência de substância psicoativa.

Por outro lado, podendo ser fonte de prazer na realização deste trabalho, pois o trabalhador reconhece a importância do seu papel social ao produzir bem-estar aqueles que são marginalizados. O reconhecimento do trabalho pelos usuários e equipe do serviço também configura-se como fonte de prazer, assim como, pelo trabalhador ser agente transformador da realidade do cuidado aos usuários de substâncias psicoativas.

A análise de como o trabalho no CAPS AD III influencia no prazer e no sofrimento do trabalhador, bem como as estratégias de enfrentamento que utilizam diante do sofrimento poderão contribuir para o debate e reflexão sobre a organização do trabalho na atenção psicossocial. Isso é relevante para a saúde dos trabalhadores e para a assistência aos usuários e familiares.

É importante destacar que foi realizada uma busca exaustiva de produções científicas sobre a temática, nas bases de dados MEDLINE e LILACS, presentes na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), publicadas no período entre 2010 a 2016. Na busca foram utilizados como Descritores em Ciências da Saúde (DECS): saúde do trabalhador; prazer no trabalho; sofrimento no trabalho; saúde mental. Nos cruzamentos não foram encontrados estudos que

abordassem o tema prazer e sofrimento de trabalhadores de CAPS AD III no Brasil. Destaca-se também que na região em estudo – oeste do Estado de Santa Catarina – não há publicações sobre a temática. Pressupõe-se que haja essa lacuna no conhecimento pelo fato do CAPS AD III de Chapecó, até o momento da pesquisa, ser o único serviço implantado no Estado, servindo como piloto e modelo de referência para outros municípios. Nessa perspectiva, o estudo poderá contribuir como diretriz para os próximos CAPS AD III a ser implantados.

Acredita-se também que o resultado dessa pesquisa ofereça elementos para um olhar reflexivo do trabalhador no desenvolvimento das atividades no CAPS AD III e do seu próprio fortalecimento enquanto sujeito no trabalho. Pretende-se ainda, contribuir para a implementação de estratégias que diminuam o sofrimento e incluam na organização do trabalho ações que proporcionem prazer, refletindo na saúde do trabalhador e no cuidado aos usuários.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar o prazer e sofrimento de uma equipe de um CAPS AD III, na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Descrever a organização do trabalho no CAPS AD III;
- Identificar as situações de prazer e sofrimento vivenciados pelos trabalhadores no trabalho;
- Verificar as estratégias de defesas que o trabalhador utiliza para o sofrimento.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Diante das características da pós-modernidade, da acumulação do capital, da revolução tecnológica e de suas consequências para o mundo do trabalho, a Psicodinâmica do Trabalho surge como uma abordagem de pesquisa apropriada para fazer análise crítica e reconstruir a organização do trabalho.

Por meio desta revisão, busca-se contextualizar o objeto de estudo que se refere ao prazer e sofrimento dos trabalhadores de um CAPS AD III à luz da Psicodinâmica do Trabalho. A revisão está organizada em dois tópicos: O Trabalho e a Psicodinâmica do Trabalho; Atenção aos Usuários de Álcool e Outras Drogas.

#### 3.1 O TRABALHO E A PSICODINÂMICA DO TRABALHO

Para Marx (2008), o trabalho é uma atividade em que o homem modifica a natureza, transformando a si mesmo nesse processo interativo. O trabalho humano é a produção e a reprodução das necessidades sociais em que o próprio homem social é quem define historicamente suas necessidades, que são atendidas pelo processo do trabalho. Logo, o trabalho é o processo de transformação de um objeto em um produto, realizado pela atividade humana mediante instrumentos de trabalho. Esse processo é formado por três elementos básicos: o objeto, os meios ou instrumentos e a finalidade (MARX, 2008).

A percepção de que o trabalho tem consequências sobre a saúde dos indivíduos é antiga. Exemplos disso podem ser encontrados em diversas fontes. No clássico *Tempos Modernos*, de Charlie Chaplin, observa-se que o trabalhador é sensível às degradações física e mental geradas pela implementação do modelo taylorista/fordista. Nas pesquisas da Sociologia do Trabalho, Friedmann e Naville (1962), relatam as consequências do trabalho na linha de montagem, na França dos anos 1950. Mais antigo, nos estudos de Ramazzinni, apontado como o criador da Medicina do Trabalho no século XVIII, também há evidências das consequências do trabalho sobre a saúde (GLANZNER, 2014).

O debate que envolve o papel do trabalho na constituição do sujeito, aquele que pensa, cria – entendido como centralidade do trabalho – é também antiga (FACAS; SILVA; ARAUJO, 2013). Isso pode ser verificado na obra “*O mal-estar na civilização*” de Freud (1996), lançada originalmente em 1930. Essa obra já destacava a importância do trabalho para a saúde psíquica, ao entender que “[...] nenhuma outra técnica para a conduta de vida prende o indivíduo tão firmemente à realidade quanto à ênfase concedida ao trabalho, pois este, pelo

menos, lhe fornece um lugar seguro numa parte da realidade, na comunidade humana” (FREUD, 1996, p. 88).

Nesse sentido, no decorrer dos anos, décadas e séculos estão ocorrendo transformações importantes. Inovações tecnológicas, qualificação do trabalhador, modos de organização do trabalho e da produção, estratégias empresariais, formas de controle sobre os trabalhadores, desempenho dos sindicatos e também o papel do Estado marcaram as diferentes fases de crescimento, crises e desenvolvimento da consolidação do capitalismo (MERLO; LAPIS, 2007).

Nas perspectivas da Administração Moderna, o trabalho é compreendido como a ação humana que objetiva fazer, transformar ou obter algo. Essa ótica, imersa na lógica de consumo capitalista, transacionou o entendimento da função primordial do trabalho, como processo de (re)construção da realidade humana, para a lógica da acumulação financeira por parte daquele que é sujeito da ação. Desse modo, o amontoamento do capital representa o maior significado atribuído ao trabalho. Isso tornou o sentido do trabalho fragmentado, demasiadamente normatizado, rotineiro e burocratizado (MENDES; ARAÚJO, 2012).

Para a Psicodinâmica, o trabalho é o que implica de uma perspectiva humana. O fato de trabalhar: os gestos, o saber-fazer, a mobilização da inteligência, o engajamento do corpo, a capacidade de refletir, de interpretar e de reagir a diferentes situações, é o poder de sentir, de pensar, de inventar. Para a psicodinâmica o trabalho não é, em primeira instância, a relação salarial ou empregatícia, “é o ‘trabalhar’, ou seja, o modo específico de engajamento da personalidade para enfrentar uma tarefa definida por constrangimentos (materiais e sociais)” (DEJOURS, 2012b, p. 24).

Partindo das concepções dejourianas, o trabalho é tanto fonte de prazer quanto de sofrimento, sendo que a frustração no alcance do prazer e da perfeição origina o sofrimento. Para Dejours (2012a, 2015), o sofrimento desvela-se com a confrontação entre os limites do corpo físico e as dificuldades das atividades no trabalho, também fragilizado pela privação do psiquismo. Isso significa que se o trabalhador estiver imerso em um contexto que exija a supressão de sua subjetividade, o corpo tornar-se-á refém das rotinas operativas.

O estudo da possível implicação do trabalho sobre a saúde mental dos trabalhadores não é temática recente. Ao término da Segunda Guerra Mundial, um grupo de pesquisadores, em que se destaca Louis Le Guillant, fundou a disciplina Psicopatologia do Trabalho, sendo que as investigações não forneceram subsídios suficientes para a construção de um quadro das patologias mentais do trabalho. Dessa forma, a maior parte dos pesquisadores concluíram que o trabalho não ocasionava efeitos deletérios à saúde mental dos trabalhadores (DEJOURS,

2011a).

Entretanto, nem todos os pesquisadores aceitavam tal conclusão e continuaram as pesquisas. Na França, em 1980, surgiu a publicação de “*Travail: usure mentale. Essai de psychopathologie du travail*”. No Brasil, a obra foi traduzida para *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*, em 1987, por Dejours. A discussão dos efeitos do trabalho sobre o aparelho psíquico passou por mudanças (MERLO, 2002) e, nessa nova etapa de desenvolvimento, a Psicopatologia recebe nova denominação: Psicodinâmica do Trabalho ou também tratada como análise da psicodinâmica nas situações de trabalho.

É importante destacar que a Psicodinâmica do Trabalho é uma teoria que tem raízes epistemológicas nas ciências hermenêuticas cujo conhecimento é construído com base na interpretação do sentido dos fenômenos (FERREIRA; MENDES, 2003, p. 37). Além disso, apresenta-se como uma teoria crítica do trabalho, por envolver dimensões da construção – reconstrução das relações entre trabalhador e a realidade concreta do trabalho. Essa teoria articula a emancipação do trabalhador, critica o prescrito, reinventa o trabalho por meio dos processos de subjetivação e vice-versa (MENDES, 2007).

Para Dejours (2011a, 2012b), a Psicodinâmica do Trabalho é uma abordagem científica que estuda o sujeito e sua relação com a organização do trabalho, sendo essa relação determinante do sofrimento mental. O mesmo autor também enfatiza que a organização do trabalho produz sobre o homem ações específicas. Isso ocorre porque, em determinados contextos de trabalho, surge um sofrimento em decorrência do choque entre os desejos pessoais do sujeito que trabalha e uma organização que não acolhe os sonhos e esperanças desse sujeito trabalhador (DEJOURS, 2012b).

De acordo com Silva e Ramos (2010), Dejours (2012a) a psicodinâmica é uma abordagem proveniente da teoria psicanalítica, que designa o estudo dos movimentos psicoafetivos gerados pela evolução dos conflitos inter e intrassubjetivos. Essa abordagem também se fundamenta nas ideias de Habermas (1999), especialmente sobre a importância da ação comunicativa na construção da emancipação humana. A Psicodinâmica se opõe à metapsicologia, que estuda os processos, as estruturas e os equilíbrios das forças na esfera abstrata dos mecanismos, das instâncias do aparelho psíquico e da economia das pulsões.

Nessa construção, verifica-se que a Epistemologia crítica-hermenêutica vem de um diálogo entre a psicanálise, a sociologia, a filosofia e a ergonomia, as quais colaboram com os fundamentos conceituais da Psicodinâmica do Trabalho. Portanto, a Psicodinâmica do Trabalho apresenta-se como uma abordagem científica, desenvolvida na França, na década de 1980, por Christophe Dejours, médico francês, com formação em Psicanálise e

Psicossomática, professor do *Conservatoire National des Arts et Métiers* em Paris, onde dirige o Laboratório de Psicologia do Trabalho e da Ação.

De acordo com Seligmann-Silva (2004), a escola da Psicopatologia do Trabalho se construiu a partir das ideias e investigações de Cristophe Dejours, configurando-se como um crítico das abordagens positivistas que estiveram presentes no modelo tradicional de pesquisas desenvolvidas em saúde no trabalho. A abordagem criada por Dejours tinha, inicialmente, bases na psicopatologia do trabalho. Todavia, com o progresso das pesquisas e a inclusão de conceitos advindos da ergonomia, da sociologia e da psicanálise, evoluiu para uma compreensão original, configurando uma teoria própria.

As primeiras investigações voltadas aos trabalhadores/operários ocorreram na década de 1970, as quais analisavam a patologia mental consequente do trabalho repetitivo, sob pressão de tempo e forte exploração. Essas investigações tinham como objetivo revelar a doença mental ocasionada pelo trabalho diferenciando-a das demais e caracterizando os fenômenos que as produziam (DEJOURS; ABDOUCHELLI, 2011).

No entanto, ao invés de desvendar doenças mentais específicas, perceberam-se, com maior evidência, comportamentos descritos como estranhos e incomuns ou incoerentes. Diante disso, começou a ter destaque um conjunto de signos característicos (semiologia) que possuíssem um valor descritivo generalizável ao conjunto de uma categoria profissional, sendo característica de uma situação de trabalho supostamente semelhante. Para isso, foi esboçado um modelo teórico que tinha como tema central o sofrimento no trabalho e as defesas contra ele (DEJOURS; ABDOUCHELLI, 2011; BOTTEGA, 2015).

A Psicodinâmica do Trabalho abdica-se de perseguir o incompreensível das doenças mentais do trabalho e localiza-se no estudo da normalidade. O ponto de partida tem como pergunta “como os trabalhadores conseguem não ficar loucos, apesar das exigências do trabalho, que, pelo que sabemos são perigosas para a saúde mental?” (DEJOURS, 1999, p. 17).

Há uma transformação epistemológica em que a normalidade surge como um enigma, “um equilíbrio precário (equilíbrio psíquico) entre constrangimentos desestabilizantes ou patogênicos do trabalho e as defesas psíquicas” (DEJOURS, 1996, p. 152-153). Essa regulação requer estratégias especiais que são estratégias de defesas estabelecidas pelos próprios trabalhadores para enfrentar mentalmente as circunstâncias de trabalho. São essas estratégias, individuais ou coletivas, que evitam a descompensação mental, e de maneira simbólica, criam no trabalhador a sensação de ser mais forte que a organização do trabalho (MENDES, 2007; DEJOURS 2012a).

Dejours (2011a) esclarece que a abordagem Psicodinâmica do Trabalho precisa ser contextualizada primeiramente como uma teoria voltada para a análise dos mobilizadores sociais do sujeito frente ao trabalho, do prazer no trabalho, do sofrimento e defesas, das patologias e busca pela saúde do trabalhador. No momento seguinte, Dejours (2011a) e Dejours e Abdoucheli (2011) apresentam a Psicodinâmica do Trabalho como teoria das relações entre subjetividade e trabalho, e na sequência a localiza como uma antropologia referente à centralidade do trabalho na vida humana.

A subjetividade da relação homem-trabalho tem muitos efeitos concretos e reais, pois o organismo do trabalhador não é um “motor humano”. Cada trabalhador possui uma história pessoal que confere características únicas e pessoais. Cada indivíduo trabalhador possui vias de descarga preferenciais conforme a personalidade de cada um (MENDES; ARAÚJO, 2012).

No decorrer dos anos, mais especificamente, a partir da década de 1980, a Psicodinâmica do Trabalho procurou compreender a maneira com que a maioria dos trabalhadores (homens e mulheres) conseguia driblar as doenças mentais, mesmo expostos a pressões organizacionais, aumentando o campo da pesquisa na área (DEJOURS, 2008; DEJOURS; JAYNET, 2011). Esse período foi dividido em três fases distintas e evolutivas.

A primeira fase, ocorrida na década de 1980, voltou-se a analisar a constituição do sofrimento mental a partir do olhar dos próprios trabalhadores sem se deter nas patologias que o sofrimento poderia ter ocasionado. A Psicodinâmica do Trabalho tem como foco o estudo dos vínculos entre esse sofrimento e a organização do trabalho, analisando as dinâmicas pelas quais se estabelecem sistemas coletivos de defesas e de acordos éticos.

Esse momento foi marcado pela busca do entendimento das origens do sofrimento e do confronto entre a organização do trabalho e o sujeito. Desse modo, Dejours (2015, p. 9) propunha-se a responder às questões: “[...] como fazem os trabalhadores para resistir aos ataques ao funcionamento psíquico provocados pelo trabalho? O que fazem para não ficar loucos?”

Dejours (2011c, 2015) nega a existência de qualquer doença mental caracterizada devido ao trabalho. Assim, o trabalho poderia apenas favorecer o aparecimento de uma descompensação, ou seja, o desencadeamento de um transtorno mental. Contudo, o aparecimento de ansiedade e sentimentos como raiva, medo e ressentimento é estudado desde a fase inicial da Psicodinâmica do Trabalho, considerando o contexto de trabalho e correlacionando as exigências e formas de controle instauradas, bem como outros aspectos da organização do trabalho (DEJOURS; JAYNET, 2011).

Avaliada pelos autores anteriormente citados, juntamente com Mendes e Araújo

(2012), como uma das mais fecundas contribuições da Psicodinâmica do Trabalho está a busca da superação, da distância que existe entre o trabalho prescrito e o trabalho real. Os procedimentos formalmente previstos nas determinações da empresa (trabalho prescrito) não correspondem à realidade das possibilidades humanas de cumprimento. O trabalho real, geralmente é distinto do prescrito. A Psicodinâmica do Trabalho estuda o hiato que ocorre entre o trabalho real e o prescrito, ou seja, “as transgressões” aos processos previstos utilizando-se de soluções engenhosas, técnicas inventadas, manobras e até mesmo inventos materiais, criados pelos próprios trabalhadores.

Nesse sentido, Muller (2012) ressalta a contribuição da ergonomia para a Psicodinâmica ao destacar que são oriundos da ergonomia os conceitos de trabalho real e trabalho prescrito, que pressupõe certa engenhosidade do trabalhador e o uso do corpo e da mente para enfrentar o real do trabalho.

Quando o trabalho é prescrito, a palavra é registrada, quando o trabalho é real, a palavra é relatada pelo trabalhador. Merlo e Mendes (2009) expõem que, para possibilitar a ressignificação da palavra, o sofrimento pode ser reconhecido e discutido, assim fortalecendo as relações de coleguismo, bondade, amizade, ou seja, relações que no coletivo do trabalho são fundamentais.

O real do trabalho é definido por Dejours (2007, 2015) como o que resiste ao conhecimento científico, ao saber e ao domínio técnico, isto é, pela defasagem irreduzível entre a organização prescrita do trabalho e a organização real do trabalho. “O real é aquilo sobre o qual a técnica fracassa depois que todos os recursos da tecnologia foram corretamente utilizados” (DEJOURS, 2005, p. 40). O sujeito, no entanto, precisa acrescentar às prescrições a solução para atingir o cumprimento da tarefa. Para Dejours (2005, p. 37), “[...] enfrentar o real do trabalho implica, para aquele que não desiste diante da dificuldade, mobilizar uma inteligência e uma engenhosidade que passam por transformações da subjetividade e da personalidade”.

Na segunda fase da Psicodinâmica do Trabalho, década de 1990, Dejours publica dois textos que se tornaram referências para o campo da saúde mental no trabalho. O primeiro é um *addendum* à décima-segunda edição de *Travail: Usure Mentale* (Trabalho: Desgaste Mental) publicado em 1993 com o título *De La Psychopatologie a la Psychodynamique du Travail* (Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho). O segundo é o livro *Le facteur Humain* (publicado no Brasil com o título “O Fator humano”) em 1995.

Foi neste momento que se substituiu o conceito de Psicopatologia do Trabalho pelo de Psicodinâmica do Trabalho, deslocando seu foco das patologias relacionadas ao trabalho para

o estudo da normalidade, ou seja, para o enigma de como os trabalhadores conseguem manter certo grau de equilíbrio psíquico apesar das condições precárias de trabalho a que estão submetidos, isso intrigava Dejours (UCHIDA 2009).

Conforme Mendes (2007), nessa fase foi estabelecido um saber que recolocou o trabalho como peça importante na vida do sujeito, mediador entre a saúde e a descompensação mental. Assim, a dinâmica das situações do trabalho é o objetivo central dessa área, transcendendo os processos referidos à Psicopatologia do Trabalho possibilitando uma dinâmica mais complexa, que estuda a mobilização subjetiva e intersubjetiva e, ao mesmo tempo, a influência mútua que se processa nas condições concretas de trabalho.

O autor relaciona o sofrimento à criatividade no trabalho, isto é, a possibilidade do trabalhador usar sua inteligência prática e beneficiar sua identidade, promovendo atos capazes de proporcionar vivências de prazer (DEJOURS, 2004, 2015).

Do ponto de vista de Mendes (2007) é na segunda fase que a análise do trabalho destaca a construção da identidade do sujeito e a dinâmica do reconhecimento, pois se entende que a transformação do sofrimento em criatividade contribui para a identidade, beneficia o equilíbrio psíquico e somático do sujeito, além de tornar-se meio de promoção à saúde.

A terceira fase, conforme Mendes (2007), que teve início no final da década de 1990, caracteriza a consolidação e propagação da Psicodinâmica como abordagem científica capaz de explicar os efeitos do trabalho sobre os processos de subjetivação, as patologias sociopsíquicas e a saúde dos trabalhadores. Em 1998, Dejours publica o livro *Souffrance em France* (traduzido no Brasil como *A Banalização da Injustiça Social*, em 1999/2003) e *Avaliação do Trabalho Submetido à Prova Real*, publicado em 2008. Essas obras caracterizam uma nova etapa na teoria dejouriana, a qual perdura até os dias atuais.

O foco da análise recai não mais sobre o prazer-sofrimento no trabalho, mas no modo como os trabalhadores subjetivam essas experiências, o sentido que elas assumem e o uso de estratégias ocasionadas pelas novas formas de organização do trabalho como as defesas individuais e coletivas e também a cooperação (MERLO; MENDES, 2009).

Nesse período ganham destaque às novas formas de organização do trabalho, os significados dados às situações de prazer-sofrimento, o uso das estratégias de mediação e as formas de subjetivação. Iniciam-se os estudos sobre patologias sociais na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho como: a banalização do sofrimento, a servidão voluntária, a hiperaceleração, os distúrbios osteomusculares, o alcoolismo e a depressão (MENDES; MULLER, 2013). O trabalho é preditor de circunstâncias de sofrimento no trabalho e das possibilidades de mediação dessas circunstâncias, trata-se então, de uma dimensão de

fundamental importância nas investigações dos riscos psicossociais no trabalho (FACAS; SILVA; ARAUJO, 2013).

A organização do trabalho é um dos principais conceitos para a Psicodinâmica do Trabalho. Entendida como o “cenário” de atuação dos trabalhadores, a organização pode ser definida como representações relativas à natureza e divisão das tarefas, normas, controles e ritmos de trabalho (MENDES, 2008). Ela se detém nos instrumentos, nos protocolos de trabalho, nos números de pessoas para realizá-lo, na velocidade de execução, no tempo atribuído, e na deliberação com os colegas. Assim, pode-se segmentar a organização do trabalho em divisão dos homens e divisão do trabalho (MENDES, 2008; DEJOURS, 2012a).

Desse modo, a divisão do trabalho trata da divisão das tarefas e dos conteúdos, bem como o modo operatório e a tudo o que é prescrito ao trabalhador. Para Dejours (1986, 2012a), quando se dividem as tarefas ou quando se quer que as pessoas respeitem efetivamente o que foi decidido, é preciso que haja uma hierarquia, um controle, um comando.

O outro elemento em que se desdobra da organização do trabalho é a divisão dos homens, ou seja, em uma empresa as pessoas são divididas pela organização do trabalho e as relações entre eles são reguladas e organizadas no grau do conjunto da organização. Em suma, trata da distribuição das responsabilidades, do sistema hierárquico, das modalidades de comando, das relações de poder e controle (DEJOURS, 1986, 2012a).

A organização prescrita do trabalho corresponde às normatizações, regras e comandos, sejam eles formais ou informais. Trata-se de tudo aquilo que antecede a execução do trabalho, satisfazendo uma necessidade de orientação e fiscalização ao trabalhador. As prescrições são necessárias para orientar a execução do trabalho e, assim, são importantes para a relação sujeito-trabalhar. O que se percebe é que as prescrições, são insuficientes para dar conta do real do trabalho (ALDERSON, 2004). Dejours (2012b) explica que, para a Psicodinâmica do Trabalho, nenhuma descrição de tarefa consegue prever com exatidão a realidade de um trabalho, visto que esta realidade é sempre mais ou menos volátil e imprevisível.

A Psicodinâmica tem como central as relações entre os trabalhadores. A organização do trabalho é decisiva para o sofrimento mental. Já a liberdade dos trabalhadores é a condição necessária ao equilíbrio psicossomático (DEJOURS, 2004, 2011a, 2015). O mesmo autor também destaca que a carga psíquica do trabalho é aumentada quando a liberdade da organização do trabalho sofre uma redução, não havendo mais uma possibilidade de organizar o trabalho por parte do trabalhador. Isso resulta no sofrimento.

O sofrimento passa a designar o campo que separa a doença da saúde. A existência de

um espaço de liberdade que autoriza uma negociação entre o trabalhador e a organização prescrita para realização do trabalho possibilita invenções e ações de modificação do modo de execução, que visa adaptação às necessidades desse trabalhador. Porém, a ausência dessas possibilidades leva o trabalhador ao que Dejours (2011c) denomina sofrimento.

Nesse sentido, a Psicodinâmica do Trabalho recomenda uma mudança no modo de estudar a inter-relação trabalho e saúde em seu conjunto teórico e metodológico, a qual se centra na problemática da mobilização e do engajamento que a organização do trabalho exige do sujeito trabalhador (MENDES; FERREIRA, 2007). Os autores também defendem que para isso o trabalhador tem de ser ouvido e tem de ouvir seus pares através do que se chama de espaço de escuta.

Desse modo, a Psicodinâmica do Trabalho identifica as relações entre condutas, comportamentos, experiências de sofrimento e de prazer e verifica como o trabalho se organiza nessa circunstância, compreendendo o lugar da subjetividade, das estratégias e dos mecanismos defensivos elaborados pelos próprios trabalhadores no cenário do trabalho e nas relações que estabelecem (DEJOURS, 2015).

Assim a Psicodinâmica preocupa-se em analisar os motores psíquicos e sociais do prazer no trabalho para além da normalidade, para tal a investigação clínica surgiu como um compromisso entre o sofrimento e as defesas para evitá-lo. Achados significativos foram feitos sobre a inteligência do corpo, sobre a engenhosidade e sobre a psicodinâmica do reconhecimento que converte o sofrimento em prazer, atribuindo significado e valor a esse sentimento (DEJOURS, 2007, 2012b).

O sofrimento no trabalho é avaliado como doloroso ao trabalhador. Sentimentos como o medo, angústia e insegurança podem ser coletivos ou individuais. Normalmente esses sentimentos são originários do confronto entre desejo e necessidade do trabalhador, resultante de uma negociação mal sucedida entre desejos, anseios individuais e da organização (MENDES, 2007; DEJOURS, 2011c).

Dejours e Abdouchelli (2011) argumentam que o sofrimento é uma vivência intermediária entre a doença mental e o bem-estar psíquico. Precisa ser idealizado como uma existência bivalente, que pode ser vista como positiva ou negativa, conforme as estratégias utilizadas pelo indivíduo para conduzir determinada situação.

Por outro lado, o prazer no trabalho é avaliado como originário dos sentimentos de liberdade, liberdade de pensar, agir e se expressar sobre o trabalho. Também são considerados os sentimentos de realização, gratificação e orgulho no trabalho (DEJOURS, 2012b).

Em seu aspecto dialético, o trabalhador diante do sofrimento no trabalho, utiliza-se da

ressonância simbólica, ou seja, quando o trabalho permite de alguma forma que o trabalhador possa se harmonizar com os desejos e pretensões individuais, alcançando a realização, o sofrimento é ressignificado. Com isso, emergem as experiências de prazer no trabalho (DEJOURS, 1996, 2008).

A Ressonância Simbólica ocorre quando, ao existir uma compatibilidade entre as representações simbólicas do sujeito e a realidade de trabalho, o teatro da infância é reinterpretado no teatro do trabalho. Ela é a concordância entre o inconsciente do trabalhador e os objetivos da organização do trabalho, sendo que para esse processo ocorrer, a tarefa deve ter um sentido para o sujeito a partir da sua história de vida (DEJOURS; ABDOUCHELI, 2011).

Como já apontado, as relações dos trabalhadores e a organização do trabalho são de extrema relevância para Psicodinâmica do Trabalho, visto que o sofrimento decorrente das atividades são características que surgem independentemente da vontade do trabalhador, e as estratégias individuais não são suficientes para dar conta dessa situação (DEJOURS, 2012b, 2015). O autor desenvolveu conceitos sobre subjetividade do trabalhador, carga psíquica, motivação e desejo, estratégias defensivas e o papel da organização do trabalho para a compreensão da Psicodinâmica do Trabalho (DEJOURS, 2015).

A subjetividade do trabalhador é um dos pontos a ser analisado na luta contra o sofrimento individual e coletivo, sendo que a Psicodinâmica do Trabalho não se reduz ao trabalhador individual. Ela se preocupa com uma dinâmica mais abrangente, para o coletivo e voltada para a organização do trabalho, seu conhecimento e as relações entre os trabalhadores (DEJOURS, 2015).

É essencial considerar que, para a Psicodinâmica do Trabalho, a organização do trabalho coloca-se diante da ação de engajamento psíquico do trabalhador na prática, que provém, essencialmente, da criatividade, da engenhosidade e da criação.

Isso possibilita ao trabalhador eleger estratégias para eliminar falhas diante dos imprevistos no trabalho concreto, ultrapassando os limites do prescrito e constituindo o trabalho vivo. Para tal, as normas tendem a ser transgredidas constituindo uma realidade de ação distinta da planejada, o que torna importante na análise do trabalho, distinguir o trabalho prescrito do real no exercício e/ou organização do trabalho.

As pesquisas em Psicodinâmica do Trabalho estão se desenvolvendo no campo da experiência subjetiva, do sofrimento e do prazer no trabalho, sendo que é necessário privilegiar a análise das experiências subjetivas e as articulações do singular e do coletivo. A questão principal na pesquisa em Psicodinâmica do Trabalho é a demanda dos trabalhadores

envolvidos já que para chegar ao sofrimento e/ou prazer é preciso passar pela palavra dos trabalhadores, seja ela falada e/ou simbólica (DEJOURS; ABDOUCHELLI, 2011).

Para a Psicodinâmica, o coletivo de trabalho refere-se à prática de construção de regras de trabalho, de acordos normativos, técnicos e éticos entre os trabalhadores, isto é, o coletivo não é simplesmente um agrupamento de pessoas, ele envolve inteligência, envolvimento e compromisso, para uma construção social, ou seja, a cooperação (DEJOURS, 2011c).

A cooperação só se torna efetiva quando os trabalhadores demonstram desejo, anseio e vontade de cooperar coletivamente, passando assim por uma mobilização (não prescrita), que deve ser considerada insubstituível dos trabalhadores na concepção, nos ajustes da organização do trabalho (DEJOURS, 2011c). O autor também fala que a cooperação está atrelada à inteligência prática e à mobilização subjetiva, pois ela é constituída pela possibilidade de ação coordenada visando à construção de um produto comum, baseada na solidariedade e confiança.

Para Dejours (2011c) a cooperação não pode ser prescrita e não pode ser entendida como um produto mecânico de organização do trabalho, pois o que conta é a liberdade de cada sujeito para a formação de uma vontade coletiva que também pode ocorrer como um mecanismo de defesa coletivo. Ela se constitui da convergência das atribuições, da integração das diferenças individuais e da articulação de talentos específicos de cada trabalhador, que se compõe na coletividade. O trabalhador desponta do singular e dá vez à fala plural, saindo do lugar de servidão, relatando, discutindo e rediscutindo as vivências no cotidiano de trabalho (DEJOURS, 2011c; MARTINS, 2012).

Outro ponto avaliado pela Psicodinâmica refere-se ao fato de que o ato de trabalhar não consiste em apenas produzir, mas também em modificar a si mesmo, sendo que o prazer e o sofrimento estão em uma relação subjetiva do trabalhador com seu trabalho. A forma de lidar com o impasse psíquico provocado pelo confronto entre o prescrito e o real definirá se o sofrimento terá como designação a criatividade ou o adoecimento (DEJOURS, 2007, 2012b).

Na Psicodinâmica do Trabalho, conforme descrito por Dejours (2012b), o sofrimento criativo acontece quando o trabalhador consegue suportar o sofrimento, superar os entraves e os fracassos determinados pela realidade do trabalho. Assim, ao mesmo tempo em que se modifica pelo desenvolvimento de sua inteligência e capacidade, também torna possível converter o sofrimento em prazer, ao fazer uso de sua inteligência prática. Essa inteligência é fundamentalmente transgressiva e está em constante ruptura com as normas, pois se ocupa no saber-fazer. Mas, para que a inteligência prática seja colocada em ação é preciso que a organização do trabalho dê liberdade e reconheça o exercício da criatividade frente aos

acontecimentos inesperados.

Caracteriza-se como sofrimento criativo porque contribui com algo novo para a organização do trabalho (MARTINS, 2012). É nesse momento que o trabalho faz a passagem do sofrimento para o prazer. Essa passagem denomina-se sublimação. Para a Psicodinâmica o termo sublimação refere-se a estratégias defensivas para lidar com o sofrimento, buscando o prazer e o reconhecimento em um determinado grupo de trabalho (MACÊDO, 2013).

O reconhecimento é compreendido pela Psicodinâmica como a recompensa simbólica pela constatação da contribuição individual efetuada para o funcionamento do processo de trabalho frente às imperfeições da prescrição. A avaliação da utilidade técnica e social do trabalho realizado, feito pela hierarquia, e a avaliação da particularidade e beleza do saber-fazer, realizado pelos colegas, valida o uso da engenhosidade e da inteligência nas ocasiões de trabalho.

Além disso, provoca o sentimento de pertencer a um coletivo, construindo a identidade do trabalhador (DEJOURS, 2009, 2012b). O mesmo autor relata que o trabalhador busca ser reconhecido pelo seu fazer e não pelo seu ser. Porém, para poder repatriar esse reconhecimento para o registro da identidade, é necessário primeiro ocorrer o reconhecimento da qualidade do trabalho pelo outro.

No contexto de trabalho, Dejours (2015) destaca que o reconhecimento está fundado em dois tipos de julgamento: julgamento de utilidade e julgamento estético. O primeiro refere-se aos âmbitos social, econômico e técnico, ou seja, o que o trabalhador faz de útil. O reconhecimento se dá pelo julgamento das contribuições pessoais que podem ser individuais e coletivas na elaboração da organização do trabalho. O segundo refere-se à observação se esse é um trabalho bem-feito. É o reconhecimento feito pelo julgamento dos pares, aqueles que conhecem os entraves e dificuldades para realização das tarefas do trabalho bem como as regras de determinado cargo (MARTINS, 2012).

Nota-se que para Psicodinâmica do Trabalho o sofrimento criativo está intimamente ligado ao prazer conquistado no trabalho, pelo exercício da inteligência astuciosa e da criatividade, também pelo reconhecimento da contribuição vital que representa a organização do trabalho. Desse modo, a mudança ou ressignificação do sofrimento em prazer, a conquista da identidade e a conquista da saúde dependem da qualidade da dinâmica do reconhecimento e das estratégias defensivas contra o sofrimento (BENDASSOLLI, 2012).

As estratégias de defesa são elaboradas individual e coletivamente. O sofrimento, o prazer, as aspirações e os desejos são vivências subjetivas. Elas remetem ao sujeito singular, portador de uma história e de uma experiência única, sentida de forma própria. Assim, cada

indivíduo, ao vivenciar determinado sofrimento, constrói seus mecanismos de defesa, que, no plano individual, apresentam tentativas de adaptação da melhor maneira possível às condições do meio. Em situações coletivas, como nas relações de trabalho, cada sujeito, vivendo individualmente um sofrimento próprio, é capaz de unir esforços com seus pares, para juntos elaborarem estratégias coletivas de defesa.

Entre as estratégias mais utilizadas pelos trabalhadores no contexto do trabalho estão as defensivas, que são táticas utilizadas para enfrentar o sofrimento do que gera dificuldade e, que é entendido como ameaça. Porém quando se esgotam todas as possibilidades de negociação entre trabalhador e organização do trabalho surge o sofrimento. A luta contra o sofrimento refere-se às estratégias coletivas ou individuais de defesa. Essas estratégias podem ser úteis, pois permitem que os trabalhadores continuem trabalhando e resistindo a angústia (BARBOSA; AGUIAR, 2008; DEJOURS, 2009).

As estratégias podem ser construídas e sustentadas pelo grupo de trabalhadores por meio do que é denominado na Psicodinâmica como sutileza, engenhosidade e diversidade, considerando os modos de pensar, sentir e agir do trabalhador. Conforme descrito por Dejours (2011c), as defesas habitualmente se apresentam de duas formas:

- Defesas de Proteção: modos compensatórios, as situações geradoras de sofrimento são racionalizadas e podem perdurar por mais tempo. Ex: racionalização, idealização;
- Defesas de Adaptação e de Exploração: podem se esgotar mais rapidamente, tem na sua base a negação do sofrimento e submissão ao desejo da produção, perda do próprio desejo. Ex: autoaceleração, controle excessivo, individualismo, passividade.

Porém, as estratégias nem sempre tem potenciais benéficos, pois são capazes de permitir que o trabalhador conviva com o sofrimento e a alienação das suas verdadeiras causas. A alienação consiste na ausência de luta sobre as contradições e da mobilização subjetiva. A mobilização subjetiva é o que permite a ressignificação das situações geradoras de sofrimento em situações geradoras de prazer.

Nesse sentido, para que o trabalho fatigante se converta em um trabalho equilibrante, é necessário flexibilizar a organização do trabalho, possibilitar maior liberdade para que cada trabalhador reorganize seu modo de execução e para encontrar atividades e atitudes que são capazes de fornecer prazer, ou seja, uma ampliação ou uma redução de sua carga psíquica de trabalho. Na impossibilidade de liberalizar a organização do trabalho é preciso encarar uma reorientação profissional que considere as aptidões do trabalhador e as necessidades de sua economia psicossomática, pois o pleno emprego das aptidões psicomotoras, psicossensoriais e psíquicas sugere ser uma possibilidade de prazer do trabalho (DEJOURS, 2015).

Nessa lógica, a mesma origem de equilíbrio para alguns trabalhadores pode ser a motivo de cansaço para outros. Com relação a isso, Dejours (2015) explica que é comum separar a carga de trabalho em carga física e carga psíquica. A carga psíquica é considerada como qualitativa, pois é uma vivência que não pode ser quantificada devido ao prazer, a alegria, a frustração e a agressividade, dificilmente se deixar dominar por números (DEJOURS, 2015).

Na relação entre trabalho, prazer e sofrimento é importante compreender que o trabalho nem sempre é patogênico, pois ele continua sendo o mediador insubstituível da realização pessoal no campo social, reitera-se a importância de se preservar a análise dos motores individuais e coletivos do prazer no trabalho (DEJOURS, 2011c).

Diante do exposto neste tópico, observa-se que a Psicodinâmica do Trabalho ainda que consolidada como abordagem científica, continua em processo de desenvolvimento. Em seu arcabouço teórico e metodológico, apresenta uma inversão no entendimento da inter-relação trabalho e saúde, tendo como base a análise da dinâmica organizacional, preocupando-se com as forças “visíveis e invisíveis, objetivas e subjetivas, psíquicas e sociais, políticas e econômicas”, que atuam e podem interferir no contexto de trabalho (MENDES, 2007, p. 29).

Essa abordagem permite uma compreensão contemporânea sobre a subjetividade no trabalho, trazendo um novo olhar nas ciências do trabalho, ao propor espaços de discussão onde os trabalhadores pudessem ter voz, expressar sentimentos e as contradições no local do trabalho que são responsáveis pela maioria dos fatores produtores de prazer e sofrimento (DEJOURS, 2011c).

Esse enfoque ganhou ressonância em vários países, como na França, Canadá, Portugal e Brasil, possivelmente por se direcionar a análise crítica da relação entre homem e trabalho. Prova disso, conforme Bueno e Macêdo (2012) é o interesse de pesquisadores no Brasil e no exterior por essa disciplina. Para esses autores, as obras que são resultantes de pesquisas empíricas de Dejours têm corroborado essencialmente para validar pesquisas no campo da saúde do trabalhador.

Medeiros (2012) inclui ainda que, para a Psicodinâmica do Trabalho, as pesquisas e análise do trabalho podem colaborar para a prevenção de adoecimentos, por meio da identificação de fatores e mecanismos que colocam em risco a saúde dos trabalhadores. Desse modo, a Psicodinâmica do Trabalho apresenta-se como uma proposta de mudança que nasce na teoria e que se completa com a ação dos sujeitos envolvidos.

### 3.2 A ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E DROGAS NO BRASIL

Inicialmente será feita uma breve explanação sobre a Reforma Psiquiátrica para melhor situar e contextualizar a Política de Atenção ao Usuário de Álcool e Drogas e no momento seguinte será abordado o trabalhar em saúde mental focalizando para o trabalho em CAPS AD III, por ser este o cenário deste estudo.

Ao final da década de setenta do século XX no Brasil surge o movimento pela reforma psiquiátrica, em meio ao contexto da luta pela redemocratização do país, pelo restabelecimento de um real estado de direito, buscando novas modelagens assistenciais, visto que a assistência oferecida na área da saúde mental era centrada nas grandes instituições asilares, estabelecendo uma certa forma de concepção da loucura e por conseguinte de práticas terapêuticas, as quais são consideradas atualmente ultrapassadas e limitadas (UCHIDA et al., 2011). Os autores também expõem que o modelo assistencial seguido tinha como foco a doença e a sintomatologia psiquiátrica manifesta. Esse modelo defendia o uso de práticas que acabavam por promover a continuação das pessoas com transtorno mental nas instituições hospitalares por tempo indefinido resultando em um grande número de usuários crônicos moradores dos hospitais.

Devido às internações prolongadas nessas instituições, conhecidas como manicômios – ambientes em precárias condições em que prevaleciam somente alternativas medicamentosas –, os usuários encontravam-se em situação de desamparo, perdiam o contato com seus familiares e com redes sociais de apoio que oferecessem qualquer possibilidade de desospitalização (UCHIDA et al., 2011). Essas instituições psiquiátricas foram até comparados com campos de concentração, por não garantir aos usuários condições de tratamento e atingir os direitos de cidadania (LANCMAN, 2008; AMARANTE, 2013).

Desse modo, em discussão com contextos internacionais e mudanças nas práticas na área da saúde mental, como as que ocorreram na Itália, França, Estados Unidos e Inglaterra, o Brasil vinha buscando soluções mais compatíveis com as necessidades apresentadas pelos usuários com doenças mentais. Com isso, no final da década de 1980, foram dados alguns passos para a criação de serviços extra-hospitalares na tentativa de oferecer o atendimento na própria comunidade, próximo dos locais de moradia dos usuários e de seus familiares, fortalecendo a rede social mais próxima e evitando longas e frequentes internações (SIDRIM, 2010; UCHIDA et al., 2011).

Percebe-se que um dos principais desafios desse processo (reforma psiquiátrica), está na implementação e desenvolvimento de serviços de saúde mental na comunidade que

consigam atender às necessidades cotidianas das pessoas com transtornos mentais, pois essas necessidades não estão relacionadas apenas a cuidados de saúde, mas também relacionam-se à alimentação, à moradia, e à atenção psicológica e psicossocial (BARROS, 2010; BRASIL, 2015).

Com isso, a partir da década de 1990, o Ministério da Saúde, passou a definir e reorganizar a estruturação da política dos serviços de saúde mental, recomendando a adoção das redes municipais como referência para um tratamento integrado, a partir da interlocução entre os vários níveis de atenção em saúde. Nessa época os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram designados como principal referência para o tratamento das pessoas com transtornos mentais (BARROS, 2010; BRASIL, 2015).

Conforme Lancman (2008) e Athayde e Hennington (2012), como parte de uma política pública em saúde, a organização do novo modelo de atenção em Saúde Mental necessita fortalecer enquanto se busca sua consolidação e a superação do antigo modelo.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram projetados como estrutura de referência na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Esses centros se configuram como unidade de saúde singular e que representa uma inovadora forma de acolher e lidar com os transtornos mentais graves, dentre eles, os de uso abusivo de álcool e drogas (LANCMAN, 2008; BRASIL, 2014).

Segundo Amarante (2013) e Brasil (2013), os CAPS são considerados serviços novos e em expansão no Brasil, substitutivos dos manicômios e estruturados a partir da Reforma Psiquiátrica. A sua criação foi inspirada, especialmente, no movimento italiano de desinstitucionalização do lugar de segregação, estabelecido de forma técnica, social e culturalmente para a loucura.

Com o advento da reforma psiquiátrica, o Ministério da Saúde publicou no ano 2003 a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, admitindo em seu texto de apresentação uma demora histórica de inserção do uso prejudicial e/ou dependência do álcool e outras drogas na agenda da saúde pública (BRASIL, 2004a, 2014). Alguns fatores contribuíram para a formulação dessa política de saúde específica, dos quais Machado (2006) relata:

- O estudo que fez uma análise da condução da política pública de drogas proposta pelo Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), entre as décadas de 1980 e 1990, e após pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD);

- A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a afirmativa da universalidade do direito à saúde;

- A reorientação do modelo de atenção em saúde mental a partir da implementação de serviços de base comunitária substitutivos à internação em hospitais psiquiátricos;

- A implementação de políticas de prevenção do HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis (UDI), em que direciona o olhar para uma população até então à margem do sistema de saúde.

A inserção do campo de álcool e outras drogas no âmbito do SUS, e no campo da Saúde Mental, começaram a ser consolidadas mediante uma série de eventos e decisões políticas. Assim, após um longo processo de debate nacional em 2001, a Lei n. 10.216/01 foi promulgada, garantindo os direitos humanos para o segmento das pessoas portadoras de doenças mentais. Nesse mesmo ano (2001), tendo como figura no cenário brasileiro o movimento internacional que reconhecia o consumo abusivo de substâncias psicoativas como problema de saúde pública, foi realizado o Seminário Nacional sobre Atendimento aos Usuários de Álcool e outras Drogas na Rede do SUS. Esse Seminário teve como objetivo promover uma discussão sobre o desenho de uma rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas, com ênfase na reabilitação e reinserção social, no âmbito do SUS (BRASIL, 2003).

Nesse momento houve a discussão do modelo de atenção vigente, que concluiu que as ações e serviços de saúde ofertados à população eram insuficientes e inadequados. Para tal, ocorreram recomendações, visando à formulação de uma Política Pública de saúde na área de álcool e outras drogas, conforme Brasil (2003):

- A instituição de uma rede de assistência que tenha como núcleo um dispositivo estratégico centrado na comunidade e que possa acionar diversos outros serviços, como a rede básica de saúde (unidades básicas de saúde e Estratégia de Saúde da Família), unidades especializadas, hospitais clínicos e psiquiátricos;

- A promoção do exercício da cidadania, a reinserção social e reintegração na rede de suporte social. A rede não distinguiria ações voltadas para prevenção, tratamento e estudos, todas incluídas em cada unidade;

- É fundamental que a rede de assistência a usuários de substâncias psicoativas tenha o sentido da comunicabilidade, inclui que cada participante da rede tenha informações atualizadas sobre os serviços disponíveis nos demais meios de comunicação direta e de encaminhamento;

- O modelo de assistência indicado é essencialmente ambulatorial, sendo as internações para determinados casos específicos, ser de curta duração.

Durante o Seminário Nacional sobre Atendimento aos Usuários de Álcool e outras

Drogas na rede do SUS, afirmou-se a necessidade de que a atenção a esses usuários fosse assumida pelo SUS. Para a reorientação do modelo assistencial, as propostas elaboradas no III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) privilegiavam os serviços ambulatoriais, de base comunitária, e a lógica da redução de danos.

O ano seguinte a esses dois eventos (em 2002) marca a efetiva introdução da área de álcool e outras drogas na rede pública de saúde e no campo da Saúde Mental. Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) e os mecanismos de financiamento do SUS para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas foram regulamentados pelas Portarias GM n. 336/02<sup>4</sup>, SAS n. 305/02<sup>5</sup>, e GM n. 817/02<sup>6</sup>, evidenciando uma atuação normativa do Estado em relação ao problema.

Nesse contexto, verifica-se que a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas tem nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica seus eixos centrais, a partir dos quais trabalha as especificidades de seu público-alvo. Suas principais orientações visam o estabelecimento e fortalecimento de um trabalho em rede dentro do território, para proporcionar atenção integral, acesso facilitado aos serviços, participação do usuário no tratamento e a criação de serviços de atenção diária como alternativa ao hospital psiquiátrico sendo estes os CAPS e os CAPS AD (BRASIL, 2004b).

O conceito de território para a saúde é muito importante, pois não se trata apenas de uma área geográfica. Um serviço de base territorial é um serviço de portas abertas, em que qualquer um pode acessar, entrar e sair; que está localizado perto de onde o usuário vive, onde está a sua família, seus amigos, as instituições com as quais tem contato como as igreja, terreiro, escola, polícia; os lugares que frequenta, as unidade de saúde, lojas, mercados; e, como consequência, onde circulam seus sentimentos, afetos e laços sociais (KINOSHITA et al., 2016).

Esses elementos que fazem parte da vida do usuário compõem o que se chama de rede social. Dessa forma, entende-se que o cuidado com a saúde dos usuários é muito mais forte nesse território, onde a sua rede social pode auxiliá-lo no tratamento e no alívio do sofrimento. De outro modo, a aproximação das ações de saúde mental dos territórios propicia

---

<sup>4</sup> Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional (BRASIL, 2002a).

<sup>5</sup> Normas de Funcionamento e Cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial para Atendimento de Pacientes com Transtornos Causados pelo Uso Prejudicial e/ou Dependência de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2002c).

<sup>6</sup> Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal (DF) e municípios (BRASIL, 2002b).

a contribuição para que a sociedade esteja melhor preparada para incluir, sem estigmatizar, a desigualdade que o uso de drogas, expressa (KINOSHITA et al., 2016).

Nesse sentido, configuram-se os CAPS AD, como serviço especializado no tratamento de usuário de álcool e outras drogas. Esse serviço representa uma modalidade de atenção à saúde centrada na comunidade, caracterizada por atendimento ambulatorial realizado por uma equipe multiprofissional especializada, articulando ações de redução de danos, prevenção, recuperação, tratamento e reinserção social dos usuários de drogas (BRASIL, 2004c, 2015).

Além disso, esse serviço apresenta-se como a principal instituição pública de atenção aos transtornos decorrentes do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas, sendo que as políticas de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas têm conferido um papel estratégico quanto à reorientação do modelo de atenção nessa área (BRASIL, 2004c, 2015).

Para tal os CAPS AD estavam ordenados no eixo preventivo e promocional da saúde. A Lei n. 11.343/06 estabeleceu a distinção da condição de usuários e dependentes de drogas. Essa lei representa um avanço no paradigma contemporâneo de atenção à saúde aos usuários no contexto dos serviços assistenciais, a elaboração de projetos terapêuticos individualizados orientados para a inclusão social e para a redução de riscos, danos sociais e à saúde (BRASIL, 2006).

Em conformidade com essa finalidade, foram delineados/as os/as objetivos/diretrizes do CAPS AD (BRASIL, 2004a, 2006):

- 1) oferecer atendimento diário e de base comunitária a pessoas com transtornos graves e persistentes decorrentes do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas dentro da lógica de redução de danos, em regime de atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo;
- 2) gerenciar os projetos terapêuticos, oferecendo cuidado clínico personalizado;
- 3) promover a inserção social dos usuários através do desenvolvimento de ações no território e articulação da rede de saúde e intersetorial de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas;
- 4) desenvolver ações junto aos usuários, familiares e comunidade para minimizar fatores de vulnerabilidade e potencializar fatores de proteção ao consumo de álcool e outras drogas;
- 5) desenvolver ações no território de enfrentamento do estigma e do preconceito relativos ao consumo de álcool e outras drogas;
- 6) oferecer apoio matricial às equipes de atenção básica e de saúde da família na área

de álcool e outras drogas, entre outros.

Quanto à equipe que atua em CAPS AD, essa deve ser multiprofissional, sendo que as atividades terapêuticas que essa equipe deve ofertar incluem: acolhimento, atendimento individual e em grupo, atenção às famílias, visitas e atendimentos domiciliares, oficinas e grupos terapêuticos, repouso e desintoxicação ambulatorial, atividades comunitárias e assembleias ou reuniões de organização do serviço (BRASIL, 2012a).

Em um trabalho interdisciplinar e integral, diversas ações são desenvolvidas nos CAPS AD no intuito de cuidado aos usuários de drogas, como o acolhimento universal e incondicional ao paciente e seus familiares. Especificamente com relação ao crack, busca-se acolher usuários de crack que demandem ajuda mesmo aqueles que não demonstrem desejo de interromper o consumo, tratar abstinências leves de crack em nível ambulatorial, realizar busca ativa em articulação com atenção básica em casos de abandono de tratamento; desenvolver oficinas terapêuticas; e apoiar um trabalho dentro da perspectiva de Redução de Danos (RD), suporte e apoio a familiares. Para garantir a atenção integral a usuários de crack e outras drogas, os serviços de saúde devem estar articulados, de forma funcional e complementar, com os diversos dispositivos da rede. Os principais dispositivos da rede de atenção são os CAPS AD, os CAPS AD 24 horas, a Atenção Básica (AB), os Ambulatórios de Saúde Mental, os Hospitais Gerais (com leitos de atenção integral), os Consultórios de Rua (CR), entre outros (BRASIL, 2012a).

A partir do *Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde* (PEAD 2009-2010) e do *Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas* (2010), observa-se uma diversificação dos dispositivos de atenção psicossocial, com a implantação de novos serviços e estratégias, com foco na ampliação do acesso de usuários às redes de atenção à saúde e de assistência social, a exemplo dos Consultórios de Rua, dos CAPS AD III e das Casas de Acolhimento Transitório. Os CAPS AD e/ou CAPS AD III são estratégicos para a adequação da rede de atenção integral em seu território de atuação, mediante articulação com demais serviços de saúde e dispositivos sociais.

No ano de 2012, Ministério da Saúde redefiniu o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 horas (CAPS AD III), através da Portaria n. 130/2012, Art. 2º:

O CAPS AD III é o Ponto de Atenção do Componente da Atenção Especializada da Rede de Atenção Psicossocial destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados (BRASIL, 2012a).

Nesse sentido, o CAPS AD III é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente acompanhamento a usuários com

necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, ou outras situações que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Atua de acordo com o trabalho na lógica territorial, ou seja, iniciativas de ações que se desenvolvem nos bairros, no cotidiano da vida da cidade, nos locais onde as pessoas trabalham, se relacionam e vivem. Ressalta-se que a definição de território não se limita à região administrativa, mas às relações políticas e sociais, ideológicas e afetivas que existem em determinada sociedade (LANCETTI; AMARANTE, 2006).

Os CAPS AD III (24h) realizam acolhimento noturno de 8 a 12 usuários, que podem permanecer por períodos de dias. Esse acolhimento está indicado em situações de crise, mas não nos casos de urgências que necessitem de cuidados médicos contínuos (KINOSHITA et al., 2016).

Esse serviço provê acompanhamento a pessoas com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas e também a suas famílias. O acompanhamento ocorre prioritariamente a partir de espaços coletivos, dentro e fora do serviço, de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes, visando sempre a construção de novos lugares sociais e a garantia dos direitos. O cuidado é articulado através de Projetos Terapêuticos Singulares, envolvendo em sua construção usuários, famílias e seus contextos, requerendo constantes mediações dos profissionais em abordagens territoriais (KINOSHITA et al., 2016).

A organização dos CAPS inclui o AD III, configura-se na lógica da redução de danos, sendo que as práticas cotidianas de trabalho neste serviço têm como base a integralidade do cuidado. Para isso, o profissional tem que ser dinâmico no âmbito da reorganização dos serviços. Como parte de um eixo, a integralidade é um dos princípios que norteia o SUS, a qual tem o potencial de ser usada como uma ferramenta para organizar as práticas dentro do serviço (SILVA; RAMOS, 2010).

Nessa lógica, cabe destacar que a evolução da ética no cuidado resultante da reforma psiquiátrica inclui o cuidado às pessoas que fazem uso prejudicial de drogas e está alinhada ao consenso internacional sobre o tema. A *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC) (Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime) definiu uma diretriz clara em relação ao problema da droga ao escolher investir no cuidado de saúde e na coesão social, e não em medidas coercitivas de restrição de liberdade, seja no sistema penal, seja no tratamento de saúde fechado e involuntário. Nesse sentido, a importância da atuação no território e dos laços sociais na atenção ao sofrimento mental está expressa na Lei n. 10.216/2001 e nos princípios da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (KINOSHITA et al., 2016).

A Portaria nº 3.088/2011, veio regulamentar de forma detalhada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) instituída pelo Decreto nº 7.508/2011, incluindo os seguintes serviços:

1. Atenção Básica: Estratégia Saúde da Família (ESF), o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), as equipes de consultório de rua, os centros de convivência e cultura;
2. Atenção Psicossocial Estratégica: nas diversas modalidades de Centros de Atenção Psicossocial CAPS: I, II, III, CAPS AD; CAPSi, os CAPS III e CAPS AD III funcionam 24 horas, inclui um dispositivo para internações breves;
3. Atenção Residencial de Caráter Transitório: unidade de acolhimento (UA), Serviços de Atenção em Regime Residencial (Comunidades Terapêuticas);
4. Atenção hospitalar: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); Unidade de Pronto Atendimento (UPA); Serviço hospitalar ou enfermagem especializada em hospital geral;
5. Estratégia de Desinstitucionalização: Serviço Residencial Terapêutico, Programa “De Volta Para a Casa”;
6. Estratégia de Reabilitação Psicossocial.

Conforme Brasil (2015) a RAPS é a concretude dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, para tal ela insere-se como uma das redes indispensáveis do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), com a finalidade de criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

Com a instituição da Rede de Atenção Psicossocial como uma das redes prioritárias no reordenamento das ações e serviços do SUS, a partir de 2011, o hospital psiquiátrico deixou de ser considerado um ponto de atenção em saúde mental, sendo que as internações necessárias devem ocorrer em hospitais gerais ou em leitos do CAPS III e caso de álcool e drogas CAPS AD III. Esses serviços dispõem de recursos e de tecnologias de suporte adequado aos comprometimentos e/ou comorbidades clínicas, agravantes nos transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e drogas (KINOSHITA et al., 2016).

Uma das principais estratégias utilizadas em CAPS AD é o tratamento na lógica de Redução de Danos, a qual visa reduzir os danos causados pelo consumo de drogas lícitas ou ilícitas em usuários que não podem ou não querem se abster. A redução de danos visa que o profissional deixe de lado, em sua prática, a relação de poder com o usuário, na qual um ensina, o outro aprende, um manda, o outro obedece, passando a compreender que o seu conhecimento técnico é um instrumento valioso, mas apenas complementar ao saber que o outro tem de sua própria vida. Para promover a efetiva mudança comportamental é necessário

que o usuário se perceba enquanto agente, e assuma a responsabilidade sobre seu comportamento (SANTA CATARINA, 2014).

Nesse contexto, percebe-se que o modelo de atenção psicossocial em oposição ao asilar, tem seu foco de cuidado voltado para o usuário, levando em conta sua individualidade e subjetividade, ou seja, o usuário é considerado participante ativo em todo o seu processo de tratamento e deve estar inserido em um grupo familiar e social. O cuidado a usuários de substâncias psicoativas depende fundamentalmente do engajamento dos trabalhadores com o usuário, com a equipe e com a comunidade. Esse engajamento estabelece e ampara a rede pública de serviço.

Partindo-se da premissa que o trabalho no CAPS AD III constitui-se basicamente na relação trabalhador-usuário e considerando que o trabalho onde envolve pessoas por si implica um grau de imprevisibilidade muito grande, possibilitando inúmeras formas de intervenção dada a característica do objeto de trabalho, leva o serviço, a equipe e o trabalhador a um dinamismo das práticas cotidianas, se olhado sob o prisma do ambiente e a quem o trabalho é oferecido.

Dessa forma, Merhy (2007) e Franco e Mehry (2013) sustentam que o processo de trabalho em saúde, dentre eles em CAPS AD III, é inteiramente dependente da relação entre as pessoas. Isso significa dizer que um trabalhador isolado é incapaz de executar as ações em saúde, cuja produção se realiza no espaço partilhado com o usuário. Os autores também relatam que a matéria prima do trabalho em saúde é o encontro, a produção se realiza entre o trabalhador e o usuário, para tal é necessário acolher as singularidades, ou seja, o original e criativo que emerge dos encontros, e perceber que ambos – profissional e usuário – são sujeitos ativos do processo da produção de saúde.

Todavia, estudos sobre o tema “trabalho em saúde” afirmam que a relação profissional-usuário é permeada pela dor do usuário e também pelo sofrimento dos profissionais de saúde (PITTA, 1996). Além disso, a autora enfatiza que o cotidiano desse trabalho é composto de encontros subjetivos e embates de interesses, embora a unidade de análise recaia sobre a materialidade do encontro singular entre trabalhador e usuário. É preciso frisar que esse encontro é atravessado por saberes múltiplos, que emanam tanto do profissional como daquele que busca o serviço e, acima de tudo, do contexto que atravessa a relação entre eles. Esse contexto refere-se aos valores, crenças e às instituições que permeiam a vida em sociedade como a escola, a família, a mídia, o mercado entre outros (FARIAS; ARAUJO, 2010).

Baseado nas considerações de Gonçalves (1992), sobre o processo de trabalho em

saúde, que Merhy categorizou os três tipos de tecnologias existentes no processo de trabalho: *as tecnologias duras*, em que o trabalho já se encontra dado e cristalizado nelas mesmas, como máquinas e equipamentos; *as tecnologias leve-duras*, que possuem duplo aspecto: de um lado, referem-se a saberes estruturados de determinada ocupação profissional, de outro, relacionam-se aos modos como esse trabalhador organiza o seu trabalho, de acordo com suas experiências pessoais e seus saberes próprios; e *as tecnologias leves*, que estão presentes no momento que o profissional se relaciona com o usuário, nas falas, escutas, interpretações, acolhimentos, vínculos.

Mehry (2007) também diz que o trabalho em saúde, em ato, em ação é chamado de *trabalho vivo*, acontece no momento em que o trabalhador faz uso de saberes e práticas consagradas somadas à sua atividade criadora. Afirma ainda que no momento que o profissional atua se observa uma interação e se pode notar a autonomia do trabalhador ao organizar as ferramentas com os dados obtidos e os saberes próprios de sua profissão, levando-o ao raciocínio clínico, a decisões quanto a condutas. Por outro lado, o autor coloca que o *trabalho morto* se configura como conjunto de elementos já dados que exercem sobre a produção uma forma rígida, correspondendo às regras e exigências existentes como: projetos, normas, exigências, organização de uma linha de produção, entre outros.

Os processos de produção dos serviços de saúde mental nas especificidades dos CAPS fazem com que entre os diversos aspectos, o conteúdo das tarefas e o desenvolvimento das atividades estejam continuamente em mudanças e construção. Uma das características organizacionais marcantes desses serviços é a utilização de um modelo hierárquico mais horizontal onde a cooperação nas equipes é essencial para a obtenção de sucesso nas ações de atenção ao usuário (BRASIL, 2013).

Ademais, existe ainda o desafio de instituir e instaurar vínculos com os outros serviços dos diferentes níveis de atenção que compõem a Rede de Saúde Psicossocial (RAPS). Como esses vínculos geralmente são muito fracos e frágeis, a organização do trabalho tem se baseado por acordos internos da equipe. Dessa forma, cada instituição tem estabelecido e definido seu método de trabalho a partir da realidade e dos recursos disponíveis (UCHIDA et al., 2011).

A constante necessidade de estabelecer novas formas de trabalhar, a definição de novos métodos de trabalho, a dificuldade de prescrição de atividades nestes serviços onde as rotinas são mal definidas, a carência de recursos econômicos, distanciam os projetos terapêuticos do que é preconizado na reforma psiquiátrica (SIDRIM, 2010). Além disso, esses fatores geram conflitos entre os significados e as crenças que os trabalhadores têm em relação

àquilo que consideram um acolhimento adequado, conforme os princípios que defendem e o que efetivamente realizam. Para tal, a construção de um modelo de atenção demanda uma integração interna entre os elementos que compõem o método de trabalho, tais como: objetivo, finalidade, instrumentos e a ação dos trabalhadores (UCHIDA et al., 2011).

Esses autores também destacam que a alternância de formas antigas para novas práticas mais humanizadas geram confrontos e contradições entre o método de produção e criação do cotidiano das práticas assistenciais. A partir dessa controvérsia ocorreu o desenvolvimento de um novo modelo de atenção e uma redefinição do método de trabalho.

Os CAPS AD III, por suas peculiaridades advindas do público em que assiste, requer que os trabalhadores sejam críticos, capazes de refletir sobre as condições socioeconômicas e culturais do usuário, bem como da sua história de vida. Nessa lógica Glanzner, Olschowsky e Kantorski (2011) enfatizam que espaços de atenção psicossocial devem ser locais de ações e reflexões das práticas desempenhadas, as quais, a maioria, não estão muito bem delimitadas e exigindo inovações, criatividade e versatilidade dos trabalhadores, uma vez que o trabalho nestes serviços, ultrapassa a área específica de atuação, rompendo com o conhecimento puramente técnico.

Essas autoras destacam que o trabalho na atenção psicossocial lida com toda ordem de subjetividade humana, sendo necessária a instituição de relações sociais intensas e o uso de diferentes dispositivos terapêuticos, funcionando no modo psicossocial, em que a produção de novas práticas é pautada na ampliação das possibilidades de vida dos sujeitos ali assistidos. Experimentar, viver o trabalho em CAPS AD III constitui-se como desafio constante, exige o desenvolvimento de estratégias que se compõem numa inteligência astuciosa, apropriada aos trabalhadores que aí atuam, transformando o sofrimento em prazer no trabalho.

Com isso situações como a dificuldade de articulação com a RAS e as fragilidades da RAPS, são pontos que produzem dificuldade na efetivação da proposta da Reforma Psiquiátrica. Neste cenário estão inseridos os trabalhadores do CAPS AD III em estudo, que atuam sob o olhar preconceituoso dos demais serviços públicos e da sociedade, para com os usuários o serviço.

Esse serviço cheio de desafios e inovações possibilitará ao trabalhador a reflexão, a busca por qualificação para melhor compreender, criar e construir um modelo diferente de atenção a usuários de substâncias psicoativas. Modelo este que também poderá proporcionar ao trabalhador sua renovação e reconstrução diária.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Esta pesquisa caracteriza-se como qualitativa descritiva do tipo estudo de caso e tem como referencial teórico a Psicodinâmica do Trabalho.

A abordagem qualitativa responde a questões particulares, pois se ocupa com um nível de realidade que oportuniza conhecer questões subjetivas do objeto estudado, seus significados, os motivos, as aspirações, as crenças, os valores e as atitudes.

Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (MINAYO, 2012).

A abordagem qualitativa possibilita desvendar espaços mais profundos das relações, visto que a preocupação não é com a generalização dos dados obtidos, mas com a compreensão abrangente e profunda (MINAYO, 2014). A opção por desenvolver uma pesquisa qualitativa justifica-se porque o prazer e sofrimento do trabalhador de saúde do CAPS AD III é um fenômeno complexo, que envolve situações de vida e as relações sociais desse contexto. A partir das vivências do trabalhador e por meio do referencial da Psicodinâmica do Trabalho foi possível analisar criticamente a organização, o prazer e as estratégias de mediação do sofrimento no trabalho, nas relações e na subjetivação dos profissionais.

O Estudo de Caso visa a apreender uma situação tecnicamente única, pois potencializa a descrição do contexto real em que ocorre a intervenção, explorando e evidenciando as várias fontes do fenômeno. Além disso, investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos (YIN, 2010).

### 4.2 CAMPO DE ESTUDO

A escolha CAPS AD III de Chapecó deve-se à vivência nesse serviço como docente acompanhando os estágios de acadêmicos de Enfermagem. Além disso, foi o primeiro serviço nessa modalidade de atenção no estado de Santa Catarina.

Figura 1 – Mapa do Estado de Santa Catarina.



Fonte: Google imagem – Estado Santa Catarina.

Figura 2 – Mapa do Município de Chapecó – SC.



Fonte: Google imagem – Chapecó – SC.

Figura 3 – CAPS AD III Chapecó – SC.



Fonte: Google imagem – CAPS AD III – Chapecó.

O CAPS AD III foi instituído na rede de atenção psicossocial do município de Chapecó como CAPS AD em 2009. Em agosto de 2013, esse serviço foi transformado para CAPS AD III, ou seja, um serviço destinado a atender pessoas que tem problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas com funcionamento 24 horas /dia. O município de Chapecó localiza-se na Região Oeste do Estado de Santa Catarina, tendo uma população de aproximadamente 210 mil habitantes (IBGE, 2015). Chapecó é considerada a capital da região oeste do Estado no setor econômico, e, além disso, é referência em serviços de saúde de média e alta complexidade para os demais municípios da região.

No que diz respeito à Rede de Atenção Psicossocial, Chapecó oferece os seguintes serviços: um Centro de Atenção Psicossocial para Adultos (CAPS II); um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi); um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD III – 24 horas), uma Unidade de Acolhimento (UA). Além disso, a população tem

acesso a quatro Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF); duas comunidades terapêuticas; um hospital público geral com serviço de emergência aberto; um hospital público infantil; uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) municipal; um Serviço de Atenção Móvel a Urgência (SAMU); uma unidade de saúde e pronto atendimento 24 horas (Bairro Grande Efapi). Na atenção básica em saúde há 27 unidades de Estratégias Saúde da Família (ESF) e, na saúde do trabalhador, um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) (CHAPECÓ, 2014a).

A estrutura física do CAPS AD III constitui-se de espaço administrativo, espaço clínico e espaço de consultórios. Há 10 leitos de acolhimento/desintoxicação em que o usuário permanece no máximo por 14 dias no período 30 dias, de acordo com quadro clínico e indicação da equipe. Entre as atividades desenvolvidas, destacam-se oficinas terapêuticas, educativas, de autoajuda, atendimentos/terapias individuais, acolhimento, visitas domiciliares, entre outras atividades estabelecidas aos usuários em atendimento ambulatorial, conforme o plano terapêutico singular. Além disso, são desenvolvidas ações de prevenção e promoção da saúde (CHAPECÓ, 2014b).

A equipe está composta por 33 trabalhadores distribuídos entre o nível médio (auxiliar de enfermagem, copeira, recepcionista e vigilantes) e superior (médico clínico geral e psiquiatra, enfermeiro, psicólogos, terapeuta ocupacional, assistentes sociais, nutricionista, educador físico e pedagogo).

No momento da pesquisa o CAPS AD III tinha cadastrados cerca de 5.000 usuários. Aproximadamente 1.200 estão ativos, ou seja, em algum tipo de atendimento ambulatorial – oficinas, grupos, psicoterapias, consultas, entre outros nas – nas diferentes modalidades de atendimento – intensivos, semi-intensivos, e não intensivos (CHAPECÓ, 2014b).

### 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Para participar da pesquisa, considerou-se os seguintes critérios de inclusão: ser trabalhador vinculado ao serviço, ter 18 anos ou mais e estar atuando no CAPS AD III há mais de seis meses no momento de coleta de dados. Os critérios de exclusão foram: trabalhadores que estivessem de férias ou de licença no momento da coleta de dados.

Atualmente fazem parte da equipe do CAPS AD III de Chapecó 33 trabalhadores. Sete não participaram da pesquisa: um auxiliar de enfermagem, por licença-maternidade; um auxiliar de enfermagem e uma psicóloga, por estarem de férias; um auxiliar de enfermagem, um médico psiquiatra e dois vigias, por estarem a menos de seis meses no serviço. Não

aceitaram participar do estudo três trabalhadores. Dois justificaram que tinham pouca vivência junto ao serviço devido carga a horária e um que não quis participar da entrevista.

Desse modo, os participantes foram 23 trabalhadores dentre eles: enfermeiros, auxiliares de enfermagem, médicos, psicólogos, pedagogos, vigilantes, copeiras, terapeuta ocupacional, assistentes sociais e técnicos administrativos.

#### 4.4 COLETA DE DADOS

Para a coleta das informações, realizou-se observação direta semiestruturada e entrevistas individuais.

Inicialmente contactou-se o coordenador do CAPS AD III para apresentar o projeto de pesquisa e posteriormente aos trabalhadores do serviço em uma reunião de equipe, sendo aceito a realização da pesquisa.

A coleta de dados, por meio da observação e entrevistas, tem por objetivo aproximar com mais exatidão o pesquisador do universo em estudo. Yin (2010) destaca que o uso de múltiplos métodos tem por objetivo buscar a precisão e explicações que não fiquem fundamentadas na percepção/intuição do pesquisador.

O primeiro momento de coleta de dados foi da **observação**. De acordo com Yin (2010), a técnica de observação coloca o pesquisador dentro do contexto estudado para compreender a complexidade, gerando *insights* para uma interlocução mais competente, devendo ser informal e dirigida, centrada unicamente em observar objetos, comportamentos e fatos de interesse para o problema em estudo.

As observações ocorreram no mês de junho de 2016, nos três turnos (manhã, tarde, noite 1 e 2), ao longo de 15 dias perfazendo um total de 130 horas. Para melhor dinâmica seguiu-se um roteiro de observação (APÊNDICE A), sendo esta flexível com as demandas e necessidade que se apresentavam. Os registros das observações foram detalhados em um diário de campo, de forma a permitir que o leitor/pesquisador seja introduzido na situação observada.

Dejours (2004, 2012b) relata que as questões levantadas pelo pesquisador em conversas e observações feitas informalmente já produzem um efeito sobre as relações sociais de trabalho, abrindo um espaço para a ação. Dessa forma, a observação foi um importante recurso, fornecendo descrições detalhadas das atividades, da dinâmica e dos participantes do serviço, enriquecendo a avaliação qualitativa. A observação gerou ainda ricas oportunidades sobre comportamentos ou condições ambientais relevantes. Incluem-se aqui observações de

reunião, dos locais de trabalho, locais de encontro, comportamentos, relações de trabalho, organização do trabalho, entre outros aspectos.

No momento seguinte, realizaram-se as entrevistas. Consideram-se os pressupostos de Yin (2010) de que a **entrevista** é um dos principais caminhos para se chegar às múltiplas realidades do caso.

A vantagem da entrevista é obter dados subjetivos e objetivos, pois permite ao entrevistado mover-se no tempo para reconstruir o passado, interpretar o presente e prever o futuro. Os objetivos da entrevista em Psicodinâmica do Trabalho são: compreender detalhadamente os sentimentos, crenças, atitudes, valores e motivações em relação aos comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos (DEJOURS, 2004).

As entrevistas individuais foram realizadas conforme a disponibilidade de cada entrevistado. Todas as entrevistas ocorreram no local de trabalho, em sala reservada, no mês de julho de 2016. As datas e horários foram agendados diretamente com os participantes após o convite e esclarecimentos. As entrevistas foram guiadas por um instrumento semiestruturado (APÊNDICE B). Para o registro, após a anuência do entrevistado, foi utilizado gravador de áudio. Após a coleta de informações, as entrevistas foram transcritas na íntegra. O tempo de cada entrevista variou entre 15 e 35 minutos. Obteve-se assim um total de 10 horas e 35 minutos de gravação. Para garantir o anonimato e sigilo do entrevistado, utilizou-se nas transcrições a letra T (trabalhador) seguida por um número ordinal (T1, T2...).

#### 4.5 ANÁLISE DOS DADOS

As informações obtidas foram analisadas por meio da Análise de Conteúdo a qual é definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que presa pelo rigor metodológico como forma de não se perder na heterogeneidade de seu objeto (BARDIN 2011).

A proposta de Bardin (2011) constitui-se de etapas, organizadas em três fases: 1) pré-análise; 2) exploração do material; e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

**1. Pré-análise:** é a fase que compreende a organização do material a ser analisado com vistas a torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. É relevante estar atento aos seguintes critérios na etapa de seleção:

- Exaustividade: esgotar a totalidade da comunicação;
- Representatividade: os documentos selecionados devem conter informações que representem o universo a ser pesquisado;

- Homogeneidade: os dados devem referir-se ao mesmo tema;
- Pertinência: os documentos precisam ser condizentes com os objetivos da pesquisa.

Bardin (2011) enfatiza que depois de selecionar o corpus, são realizadas as leituras flutuantes de todo o material. Esse é o momento de apreender e organizar os aspectos relevantes para as próximas fases da análise.

**2. Exploração do material:** essa fase refere-se à codificação do material e à definição de categorias de análise – rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos sob um título genérico cujo agrupamento é efetuado em razão dos caracteres comuns desses elementos. Refere-se ainda à identificação das unidades de registro – segmento de conteúdo, temas, palavras ou frases; e também à identificação das unidades de contexto nos documentos. Essa etapa possibilitou o incremento das interpretações e inferências. Sendo assim, a codificação, a classificação e a categorização foram básicas nessa fase. Na construção das categorias, o pesquisador deve estar atento ao critério de exclusividade para que um elemento não seja classificado em mais de uma categoria (BARDIN, 2011).

**3. Tratamento dos resultados, inferência e interpretação:** essa etapa é a fase em que ocorre a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais. É o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica, articulando os objetivos do estudo com a base teórica adotada (BARDIN, 2011). Neste estudo, a base teórica adotada foi a Psicodinâmica do Trabalho.

No quadro 1, apresentam-se as categorias analíticas pré-definida e as categorias temáticas que originaram as discussões sobre prazer, sofrimento e estratégias de enfrentamento do sofrimento no trabalho dos trabalhadores do CAPS AD III.

Quadro 1 – Temas emergidos a partir das entrevistas com os trabalhadores do CAPS AD III.

<i>Categorias Analíticas</i>	<i>Categorias Temáticas</i>
Prazer no trabalho no CAPS AD III	Coordenação participativa Criatividade e liberdade Cooperação da equipe Reconhecimento da equipe e usuário Resolubilidade do trabalho Identificação com área de atuação
Sufrimento no trabalho no CAPS AD III	Frustração entre o real e o prescrito Modelo biomédico Estigmatização e preconceito com o usuário Limitações da Rede de Atenção a Saúde (RAS)
Estratégias defesas do sofrimento no trabalho no CAPS AD III	Individuais: Racionalização Coletivas: Empatia e cooperação

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo seguiu os trâmites legais exigidos para pesquisas envolvendo seres humanos. Primeiramente encaminhou-se à Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó a solicitação de concordância e anuência. Em posse dessa autorização, foi encaminhado o projeto para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) o qual foi aprovado sob nº 1.478.884, CAAE: 54343516.7.0000.0118 em abril de 2016 (ANEXO A) e registro nº 313.881 na Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (COMPESQEEenf) Posteriormente apresentou-se o projeto para os trabalhadores do CAPS AD III, juntamente com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo para uso de voz das entrevistas para o conhecimento (APÊNDICE C). Esclarece-se que o TCLE e o termo de voz foram apresentados individualmente a cada participante novamente quando da realização da pesquisa para sua ciência e concordância. Para isso, foram seguidas todas as determinações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional da Saúde (BRASIL, 2012b).

Os riscos para esta pesquisa foram mínimos, pois as técnicas utilizadas para coleta de dados foram observação e entrevistas individuais. Mesmo com riscos mínimos disponibilizou-se atendimento com profissional psicólogo do serviço, o que não foi necessário.

O estudo oferece elementos para um olhar reflexivo do trabalhador no desenvolvimento das atividades no CAPS AD III e seu próprio fortalecimento como sujeito em ação. Além disso, possibilita a implementação de estratégias de defesas do sofrimento de forma a transformá-lo em prazer, refletindo na saúde do trabalhador e no cuidado aos usuários do serviço.

Por envolver seres humanos, esta pesquisa procurou atender todas as exigências éticas e científicas fundamentais, como a beneficência, a não maleficência, a autonomia, a justiça e a equidade. Os dados coletados com os participantes da pesquisa estão guardados em arquivos digitais em computador com senha para acesso. Os arquivos ficarão guardados por cinco anos (Lei dos Direitos Autorais). Garante-se a devolutiva dos resultados da pesquisa à Secretaria Municipal de Saúde e ao CAPS AD III de Chapecó através de cópia impressa e apresentação dos resultados em *Power Point* para a equipe do CAPS AD III, coordenador municipal de Saúde Mental e Gestor Municipal de Saúde de Chapecó – SC.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando-se que o trabalho possui a potencialidade de ser fonte de prazer e de sofrimento, dependendo da forma como se organiza e das mediações construídas pelos trabalhadores, neste capítulo serão apresentados os resultados e discussão da pesquisa sob a perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho e seus desdobramentos diante das situações de prazer ou sofrimento considerando as estratégias de defesas utilizadas, tendo em vista a saúde dos trabalhadores que atuam no CAPS AD III de Chapecó, Santa Catarina.

Como proposto por este estudo, desenvolveu-se a análise e a discussão do material coletado que ocorreram por meio da articulação entre as entrevistas, as observações e a contextualização teórica indicada.

Inicialmente será apresentado e discutido como se Organiza o Trabalho no CAPS AD III, o qual dividiu-se em três pontos: Contextualização o CAPS AD III; Perfil da equipe; Sistematização do serviço. Na sequência estão as Categorias Analíticas: Prazer no trabalho do CAPS AD III; Sofrimento no trabalho do CAPS AD III; Estratégias defensivas do sofrimento no trabalho do CAPS AD III (conforme o quadro 1).

### 5.1 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NO CAPS AD III

#### 5.1.1 CAPS AD III

O CAPS AD foi implantado no município de Chapecó no ano de 2009, em conformidade com as diretrizes da Portaria GM nº 336/2002<sup>7</sup>. Porém, com o aumento da demanda e atendendo às recomendações da Portaria 130/2012<sup>8</sup>, passou à modalidade de CAPS AD III em agosto de 2013.

O imóvel é alugado pela prefeitura. A estrutura física atual do serviço é de alvenaria, arquitetura de casa de moradia. O imóvel é constituído de dois pisos e tem uma pequena área de quintal com árvores e grama. Na entrada há um jardim com flores e também arbustos chamados de “cerca viva”, que encobrem parte do pequeno muro e grades no entorno do

<sup>7</sup> Portaria que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Estes serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPS AD. Documento fundamental para gestores e trabalhadores em saúde mental (BRASIL, 2004a).

<sup>8</sup> Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) equipe, estrutura física e funcionamento e os respectivos incentivos financeiros. Considerando a necessidade de intensificar, ampliar e diversificar as ações orientadas para prevenção, promoção da saúde e redução dos riscos e danos associados ao consumo de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2012a).

terreno. O jardim propicia um aspecto de “casa/lar” e não local de assistência à saúde, social e algumas vezes até mesmo judicial, conforme expresso pelos usuários e familiares no período de observação:

Na sala de espera em conversa entre usuário e familiares: “*esta casa é bem bonita, quando cheguei achei que não era aqui o CAPS, não parece um local de atendimento*”. O outro usuário da continuidade à conversa “*é bem diferente do hospital, aqui bem melhor a gente parece que está em casa, tomamos chimarrão embaixo das árvores, agora que está frio podemos sentar no sol, no verão a gente sente até cheiro das flores, tem também um monte de passarinhos que cantam e voam nas árvores, nas flores*” (O. 17/06/2016 manhã).

O primeiro piso da casa dá acesso à entrada dos trabalhadores, usuários, familiares, visitantes, estagiários entre outros, ou seja, todos que entram no CAPS AD III têm de passar pela recepção. Este piso está dividido do seguinte modo: uma pequena área de entrada; uma sala de espera e recepção; uma sala para realização de grupos; uma cozinha; uma área de serviço/lavanderia; quatro consultórios que são usados por psicólogos, terapeuta ocupacional e assistente social; três banheiros; uma sala para coordenação; uma rouparia; uma sala depósito de material e arquivo morto. Todas as salas têm janelas amplas, bem ventiladas e com boa iluminação natural.

Para melhor entendimento de como as salas estão dispostas na estrutura física do primeiro piso, construiu-se uma figura ilustrativa (planta baixa) da edificação.

Figura 4 – Primeiro Piso do CAPS AD III – Chapecó – SC.

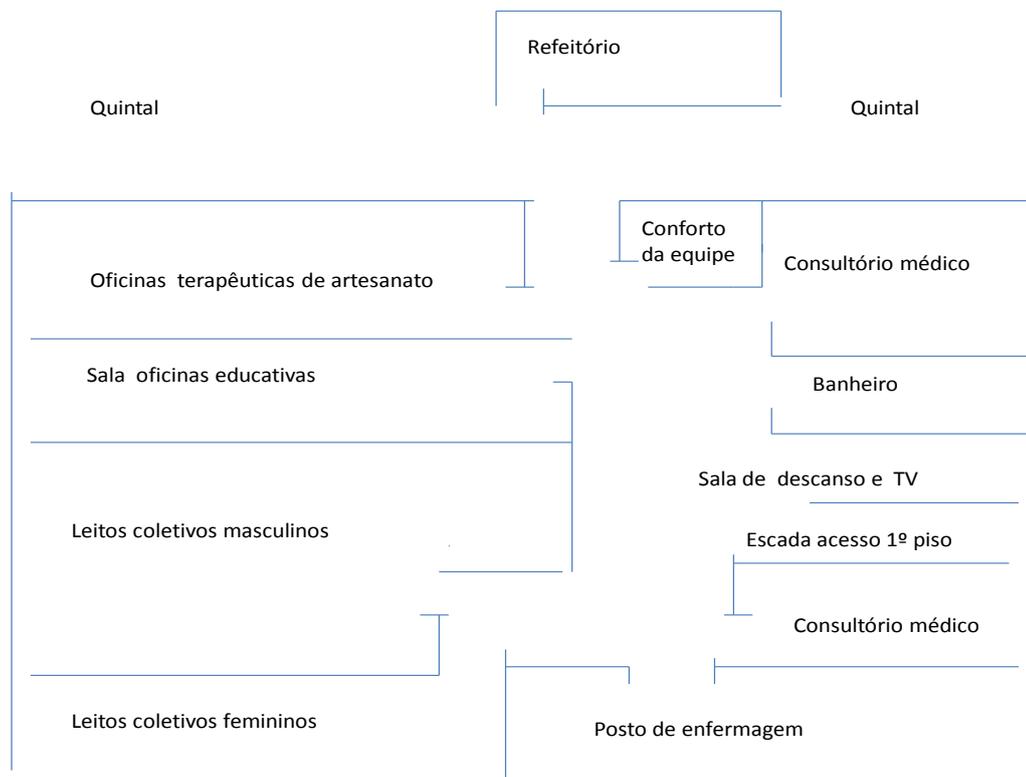


Fonte: Produzido por Marta Kolhs (2017).

O piso térreo tem acesso interno por escadas com corrimão em seu lado direito. É composto por uma pequena sala de espera com cadeiras; dois consultórios médicos (clínico e psiquiatra); uma sala ampla para oficinas terapêuticas de artesanato; uma sala ampla para oficinas educativas, alfabetização, informática e reuniões de equipe; uma sala com oito leitos/acolhimento/desintoxicação coletivos masculinos; uma sala com quatro leitos/acolhimento/desintoxicação coletivos femininos; um banheiro masculino e feminino com chuveiro para os usuários do leito; um posto de enfermagem; uma sala de descanso e TV; um quarto de conforto/descanso da enfermagem e médicos; um refeitório para os usuários que fica em uma construção anexa; espaço de quintal/grama para os usuários tomar chimarrão, receber visitas, ficar ao sol, ou seja, ambiente de convivência. Todas as salas têm janelas no alto da parede do tipo basculantes. Esse tipo de janela prejudica a iluminação natural e a ventilação. Por conta disso, as salas têm aparelhos de climatização, com exceção dos consultórios médicos que têm aquecedor e ventilador. O piso é de cerâmica e as portas são de madeira. As paredes são pintadas de branco. Todas as salas apresentam pequenas manchas de umidade.

Apresenta-se a seguir o desenho da edificação térrea.

Figura 5 – Piso Térreo CAPS AD III – Chapecó – SC.



Fonte: Produzido por Marta Kolhs (2017).

As roupas dos leitos são trocadas a cada três dias ou conforme a necessidade e enviadas para uma lavanderia terceirizada. As roupas dos usuários são lavadas por eles mesmos em um tanque disponível no quintal, ou então os familiares levam para lavar em casa. Em muitas situações, os usuários chegam somente com a roupa do corpo por estarem em situação de abandono. Nesses casos, o serviço oferece roupas e calçados, que são doados pela comunidade. O material de higiene como sabonete, escova de dente e creme dental, é oferecido pelo serviço.

As refeições são diariamente calculadas no início da manhã pela coqueira considerando os usuários do leito e das oficinas. Após verificar o número de refeições necessárias para almoço e janta, realiza-se a solicitação a um restaurante terceirizado, que disponibiliza em um pequeno *buffet* no refeitório do serviço. O cardápio varia a cada dia da semana, com exceção do feijão e arroz que são diários. O feijão e arroz são acompanhados de uma carne, dois tipos de salada ou cozidos de verduras, mais um carboidrato (mandioca, massa, batata, polenta) e sobremesa. O café da manhã e os lanches são produzidos pela coqueira que atua no serviço e são servidos pelos próprios trabalhadores do CAPS AD III. As louças e os talheres usados são lavados pelos usuários acompanhados por trabalhadores. No turno da noite e fins de semana quem assume essa organização é a equipe de enfermagem e a coqueira.

A higienização do CAPS AD III é realizada por uma empresa terceirizada, que disponibiliza duas trabalhadoras diariamente no local, por 12 horas.

Observa-se que a estrutura física do CAPS AD III contempla as orientações da Portaria 130/2012 no que se refere ao mínimo necessário para organização do espaço físico. Porém, trabalhadores relatam que o tamanho das salas ainda limita a realização de algumas atividades:

*O espaço físico nos limita para algumas atividades como, por exemplo, pode ser feita uma oficina de artesanato por turno. Temos pouco espaço de salas, outra coisa é as paredes da sala dos leitos dos usuários, tem umidade, como toda a parte aqui de baixo (piso térreo) (T19).*

*[...] o espaço não é o ideal as salas são pequenas, temos de improvisar, mas sabemos que é provisório este espaço (T12).*

*[...] a gente vai se adequando, não é o ideal, mas conseguimos trabalhar legal (T9).*

Embora apresente uma estrutura com número de salas adequado conforme já mencionado, nota-se que há limitação de espaços para algumas atividades. Isso faz com que o trabalhador tenha de adequar-se ao espaço que pode restringir o desenvolvimento de

atividades que são importantes para os usuários.

Verifica-se que a preocupação dos trabalhadores com a estrutura física não tem origem somente na necessidade de conforto pessoal para a execução das atividades cotidianas, mas principalmente no desejo de melhor atender aos usuários.

Apresenta-se no quadro 2 a caracterização dos 23 trabalhadores que participaram deste estudo.

Quadro 2 – Dados sociodemográficos dos trabalhadores.

<i>Sexo</i>	<i>Idade</i>	<i>Estado civil</i>	<i>Escolaridade</i>	<i>Tempo atuação CAPS AD</i>	<i>Vínculo emprego</i>	<i>Afastamento de saúde ocasionado pelo trabalho</i>
F	44	Casado	Ensino médio	3 anos	Concurso	Não
F	32	Casado	Ensino médio	3 anos	Concurso	Não
F	48	Casado	Ensino médio	2 anos	Concurso	Não
M	44	Casado	Ensino médio	6 anos	Concurso	Não
M	37	Solteiro	Ensino médio	3 anos	Concurso	Não
F	37	Solteiro	Ens. Sup. Incomp.	2 anos	Concurso	Não
F	57	Casado	Ensino médio	4 anos	Concurso	Não
F	50	Separado	Ensino médio	3 anos	Concurso	Não
M	42	Casado	Ensino médio	6 anos	Concurso	Não
F	40	Casado	Superior	10 meses	Concurso	Não
F	44	Casado	Superior	1 ano	Concurso	Não
F	42	Casado	Superior	7 anos	Concurso	Não
F	32	Casado	Superior	2 anos	Concurso	Não
F	30	Casado	Superior	1 ano	Concurso	Não
F	40	Casado	Superior	7 anos	Concurso	Não
F	33	Casado	Superior	5 anos	Concurso	Não
F	59	Separada	Superior	3 anos	Concurso	Não
M	58	Casado	Superior	3 anos	Concurso	Não
M	30	Casado	Superior	2 anos	Concurso	Não
F	33	Casado	Superior	5 anos	Concurso	Não
M		Casado	Superior	5 anos	Concurso	Não
F	41	Casada	Superior	5 anos	Contrato anual	Não
F	37	Separada	Superior	4 anos	Contrato anual	Não

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Observa-se que o trabalho no CAPS AD III, é realizado predominantemente por mulheres, a maioria delas casadas, adultas e com escolaridade de nível superior. Dados semelhantes foram encontrados em outros estudos que analisaram o perfil sociodemográfico dos trabalhadores de saúde mental, havendo apenas variações no percentual (REBOUÇAS et al. 2008; GOMES; SANTOS; ARAÚJO, 2011).

A predominância do sexo feminino entre trabalhadores, remete ao modelo histórico do trabalho baseado na divisão sexual que fez com que se “naturalizassem”, enquanto

atividades femininas, os cuidados com crianças, com a casa e seus moradores, além dos cuidados com o outro.

Para Dejours (2012a) na divisão do trabalho, o sexo feminino tem se direcionado as atividades invisíveis para mundo do trabalho, exemplos disso é o trabalho doméstico e o cuidar do outro, atividades das quais carecem da sensibilidade humana, para isso há o investimento da subjetividade e da inteligência prática da trabalhadora que as realizam.

Em relação à faixa etária, a maioria dos trabalhadores concentra-se entre 30 e 50 anos de idade, considerada como vida adulta média, que é também chamada de amadurecimento, idade madura, idade adulta propriamente dita ou idade da plenitude, onde o indivíduo pode avaliar o curso definitivo de sua vida (ERIKSON; ERIKSON, 1998).

Guimarães e Martins (2010) citam que a idade é preditor significativo de sofrimento – desgaste e desvalorização – numa relação inversa. Quanto maior a idade, menor é o sentimento de desgaste e de desvalorização.

Analisando o contexto CAPS AD III, acredita-se que o fato de a faixa etária predominante dos trabalhadores ser a maturidade, está associado à forma como lidam com situações adversas do cotidiano. O amadurecimento emocional desses trabalhadores pode estar auxiliando-os a organizar melhor as situações cotidianas e reais do trabalho.

Estudos feitos por Schwartz (1992) mostram que as pessoas mais jovens priorizam valores de hedonismo, autopromoção, poder e autorrealização. Enquanto isso, quanto maior a idade, mais os indivíduos priorizam os tipos motivacionais, a bondade e o universalismo, pois com o passar do tempo, as pessoas passam a priorizar valores diferentes. Esses valores de bondade e universalismo foram observados nos trabalhadores pesquisados. Nas observações realizadas, os trabalhadores na faixa etária “maduro” apresentavam-se mais empáticos com os usuários e colegas, resolviam os impasses do real do trabalho com serenidade. Em contrapartida, os trabalhadores mais jovens apresentavam dificuldades em resolver o real do trabalho e estabelecer relações afetivas com os usuários.

Ao acompanhar um momento de cafezinho/lanche na cozinha, observa-se na conversa entre 5 trabalhadores que faziam lanche, que o repasse financeiro para compra de alimentos para lanche e o café da manhã dos usuários não foi liberado e quase não tem alimentos para produzir o lanche da tarde para os usuários. Um trabalhador jovem manifesta-se: *“temos de fechar isso aqui mandar todos embora, pois se não tem nem lanche”*. A trabalhadora de mais idade intervém: *“calma vamos dar um jeito, vamos juntar o que tem de sobras congeladas vamos fazer um bolo salgado, todos vão poder lanchar bem”*. Continua a trabalhadora *“amanhã isso vai estar resolvido”*. Outra trabalhadora diz: *“isso já aconteceu nunca precisamos mandar ninguém embora, sempre resolvemos”*. Outra trabalhadora ainda fala *“serviço publico é assim mesmo às vezes temos tudo às vezes pouco ou nada, temos de lidar com isso, nos ajudar, por que no final tudo se resolve”*. Percebo que as

trabalhadoras de mais idade conseguem entender o que está acontecendo, ser criativas no resolver o problema do momento e conseguem acalmar a inquietação das trabalhadoras mais jovens (O. 29/06/2016 manhã).

As diferentes faixas etárias na equipe podem refletir na organização do trabalho. A troca de experiências, a cooperação de atitudes e comportamentos, as criações, o reconhecimento, configuram uma equipe com características e valores maduros.

Quanto ao tempo de atuação, 16 (70%) profissionais estão no CAPS AD III desde seu início em 2013, sendo que 08 (50%,) já atuavam no CAPS AD e fizeram parte de todo o processo de transição para CAPS AD III.

Nota-se que é uma equipe que convive desde o início do funcionamento do serviço. Para o trabalhador, isso potencializa relações sociais, confiança e reconhecimento no trabalho, podendo facilitar o surgimento do prazer no trabalho

Essa é uma equipe que convive e vive seu trabalho, tendo relações caracterizadas por tempo de convívio, associado à maturidade e, nesse sentido, tem criado e organizado seu trabalho orientada pelos preceitos da Reforma psiquiátrica. Essa equipe vem desenhando positivamente um novo modelo de atenção a usuários de substâncias psicoativas para o município de Chapecó.

Outro dado relevante refere-se aos vínculos de trabalho. Dos trabalhadores pesquisados, 21 (91,3%) são concursados (estatutário) e 02 (8,7%) possuem contratos temporários.

Essa realidade é distinta do que foi observado em outros estudos também realizados em serviços de saúde mental. Arantes, Sousa e Almeida (2016) entrevistaram 76 trabalhadores e identificaram que 27,6% eram concursados/estatutários enquanto 72,4% tinham contratos temporários ou celetistas. Santos Junior (2009) e Gomes, Santos e Araújo (2011) enfatizam em seus estudos as relações fragilizadas e a insegurança causada pelo fato de o contrato de trabalho da maioria dos trabalhadores pesquisados serem temporário. O estudo de Gomes, Santos e Araújo (2011) também identificou que além do vínculo temporário, muitas contratações eram regidas por indicações políticas, o que gerava nos trabalhadores a insatisfação com o tipo de vínculo, sendo essa característica identificada como um importante fator de estresse e insegurança, contribuindo para a produção de efeitos negativos à saúde do trabalhador.

O contrato de trabalho tem repercussões importantes na estruturação de riscos à saúde dos trabalhadores e na oferta e qualidade dos serviços prestados.

Os trabalhadores do CAPS AD III em sua maioria são concursados, o que lhes confere

segurança para realizar seu trabalho, potencializando a oferta de ações mais acolhedoras, pois a organização pode ocorrer a médio ou longo prazo. A estabilidade possibilita a produção de relações afetivas e sociais estáveis entre trabalhadores e usuários, resultando em satisfação e prazer no trabalho.

Em momento de intervalo na reunião de equipe, os trabalhadores esclareceram sobre seus contratos de trabalho: *“O concurso que fizemos é para a Secretaria de Saúde de Chapecó, no seu edital não há especificação do local onde irá atuar, podendo ser em qualquer serviço da Secretaria de Saúde. A nomeação se dá conforme a necessidade da Secretaria suprir a demanda de algum serviço, por isso às vezes eu digo que caí aqui de paraquedas, mas sobrevivi e gosto muito disso tudo”*. Outro trabalhador continua: *“é muito bom ser concursado porque conseguimos olhar para trás e planejar o futuro do serviço, nos empenhamos, pois não estamos aqui de passagem”*. Outro também fala: *“somos uma família, nossos maridos/esposas, nossos filhos também são amigos uns dos outros, comemoramos aniversários, jantamos juntos, porque criamos vínculo, isto é bom, nos dá satisfação”* (O. 27/6/2016 tarde).

Nesta manhã havia na oficina 10 usuários. Durante conversas informais com os usuários pergunta-se *“como se sentem no CAPS AD, nas oficinas?”* Eles se olham e um fala como se fosse em nome dos outros: *“eu estou aqui faz dois anos o que menos tempo está aqui faz cinco meses. É muito bom pois a equipe já me conhece e sabe como lidar comigo quando não estou bem ou recaio”*. Outro continua *“vim de outra cidade aonde toda vez que eu ia ao CAPS tinha um funcionário diferente, daí queria saber de toda minha história de novo, parei de ir! Aqui não trocam os funcionários, pra gente isso é muito bom”*. Os outros usuários balançam a cabeça de forma a concordar. Outro então pede a palavra: *“eu já tive alta faz um ano, mas venho aqui uma vez por mês para ver a equipe tenho saudades e muito reconhecimento por eles”* (O. 27/6/2016 manhã).

Facas, Machado e Mendes (2012) apontam que a forma como se organiza o trabalho e o tipo de vínculos constrói estruturas positivas para o trabalhador e a equipe. Nesse sentido, os trabalhadores do CAPS AD III se fortalecem como sujeitos em ação, propiciando o maior engajamento na organização do trabalho e, com isso, produzem uma nova realidade na atenção aos usuários.

O CAPS AD III mantém suas portas abertas ao público externo das 7 horas e 30 minutos às 12 horas e das 13 horas às 18 horas, de segunda à sexta feira. Aos sábados, domingos e feriados, mantém somente o atendimento aos usuários que já estão nos leitos de desintoxicação.

A equipe justifica esse formato de funcionamento, devido à carga horária dos seus trabalhadores. Ou seja, nos finais de semana e feriados, há somente a equipe de enfermagem e uma copeira. Esses trabalhadores organizam sua escala de trabalho de 30 horas semanais por 12 horas aos finais de semana e feriados. Nestes dias o serviço também conta com um

vigilante, uma trabalhadora dos serviços gerais e uma copeira. Os demais trabalhadores realizam suas atividades dentro de uma carga horária que cubra o período definido de atendimento ao público externo, conforme já descrito anteriormente.

A Portaria 130/2012, recomenda que o CAPS AD III tem de ter disponibilidade para acolher casos novos e já vinculados em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados, das 07 às 19 horas (BRASIL, 2012a). Outra recomendação é que, para os períodos com cuidados aos usuários do leito/desintoxicação, a equipe mínima deve ser acrescida de um enfermeiro, três técnicos de enfermagem, um técnico administrativo em regime de plantão corrido de 12 horas (noturnos).

A Portaria também recomenda que no período diurno de sábados, domingos e feriados, a equipe mínima deverá ser organizada em plantões de 12 horas. Devem compor a equipe um enfermeiro, três técnicos de enfermagem, além de um profissional de nível fundamental ou médio para as atividades administrativas (BRASIL, 2012a).

Constata-se que o CAPS AD III não segue todas as recomendações da Portaria. A rede de saúde e psicossocial do município de Chapecó tem suas portas abertas em horário comercial. Desse modo, os usuários têm como hábito buscarem o serviço nesses horários. No que concerne aos outros horários, especialmente à noite, quando ocorrem chamadas para situações de estado de saúde mais grave, os usuários são assistidos por meio dos serviços como: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Bombeiros, Polícia Militar e Resgate Social, estes, por sua vez, têm como direcionamento Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e hospitais públicos.

Com isso, o horário de funcionamento do CAPS AD III atende às necessidades da Administração ou da Gestão Pública do Município que argumenta a “contenção de gastos”, limitando os horários de acesso do usuário ao serviço. Desse modo, o direito previsto na Portaria 130/2012 referente aos dias e turnos de acesso não está sendo cumprido pelo serviço. Os usuários precisam encontrar outras formas de atendimento, conforme já exposto. Destaca-se que esses outros locais não estão preparados para assistir usuários de substâncias psicoativas. Por isso, muitas vezes banalizam o estado de saúde e social que se encontram e acabam por estigmatizá-los, levando os usuários a não buscarem por estes serviços.

O acesso dos usuários ao CAPS AD III nos horários de porta aberta ocorre por demanda espontânea ou por encaminhamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), de Centros de Referências de Assistência Social (CRAS), do Albergue municipal, do Resgate Social ou ainda, por Ordem Judicial.

O ingresso ao serviço ocorre a partir do acolhimento, sendo esse o primeiro

atendimento obrigatoriamente. Em caso de Ordem Judicial, o usuário é encaminhado direto para consulta médica. O usuário em tratamento que falta por três vezes consecutivas às atividades acordadas ou conforme Plano Terapêutico Singular (PTS), ao retornar deve passar pelo acolhimento. Isso acontece para que o acolhedor possa conhecer os motivos das faltas e também verificar se o tratamento acordado anteriormente pode ser retomado ou tem de ser revisto.

Considerando a organização do trabalho, evidencia-se que o acolhimento tem operado como um dispositivo para (re)estruturar o cuidado integral do usuário. A subjetividade e singularidade de cada usuário devem orientar essa atividade.

Esse dispositivo de base relacional é compreendido no diálogo entre o trabalhador, o usuário e a família, na escuta, no atendimento e na resolubilidade da problemática de saúde, transversalizando toda a terapêutica (JORGE et al., 2014).

Por considerar a importância da escuta e do momento do acolhimento, a equipe definiu como um ponto ordenador, realizar oito acolhimentos/dia (quatro de manhã e quatro à tarde), abrindo exceções quando necessário, ou seja, quando usuário está em risco de morte ou coloca outras pessoas em risco e quando não tem possibilidade de retornar outro dia. Os casos não acolhidos no dia, devido ao limite, são orientados para retorno no dia seguinte.

Todos os trabalhadores do CAPS AD III que se sentem seguros e com habilidade fazem o acolhimento, e estão organizados em escala de rodízio. Essa organização objetiva a realização de um bom atendimento, bem como não sobrecarregar o trabalho, uma vez que a equipe consegue planejar as demais atividades necessárias do serviço. Essas atividades referem-se a visitas domiciliares, grupos, atendimentos individuais, entre outras.

O coordenador, na reunião, solicita à equipe uma nova escala de trabalhadores para realização dos acolhimentos, devido alguns entrar em férias, licença ou outros motivos. Os integrantes da equipe se organizam conforme seus horários, disponibilidades e habilidades em acolher. Percebo que quase todos se colocam a disposição (O. 27/06/2016 tarde).

O Acolhimento é considerado um dispositivo que contribui para a efetivação SUS, sendo percebido como ferramenta de intervenção na qualificação da escuta e na construção de vínculo, além de garantir, nos serviços de saúde, acesso com responsabilização e resolutividade (BRASIL, 2015).

Analisa-se que o trabalhador no momento do acolhimento se depara com o exercício do real do trabalho, pois cada usuário é único assim como sua história de vida. O que acontece no momento do acolhimento não está prescrito, o conhecimento técnico e científico não dá

conta da relação trabalhador/usuário, sendo que essa relação depende de como o trabalhador apresenta o significado do trabalho ao interagir e criar/manter o vínculo com o usuário. O que para Dejours (2004) depende do diálogo, da paciência, do equilíbrio psíquico do trabalhador e de como o trabalhador/acolhedor consegue agir perante às situações inesperadas e de confronto.

Percebe-se que o acolhimento propicia ao trabalhador ouvir e identificar elementos que orientarão intervenções mais efetivas da prática, favorecendo uma melhor adesão do usuário ao tratamento, o vínculo e a visibilidade do processo de trabalho. Além disso, destaca-se a importância do acolhimento como um dispositivo imprescindível em serviços como do CAPS AD III.

O serviço atende diariamente aproximadamente 50 usuários (intensivos e semi-intensivos) e familiares nas oficinas, grupos, psicoterapias, atendimento com serviço social, consultas médicas e acolhimento. Esses dados foram levantados através das agendas de atendimento e dos Registros das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS). A Portaria 130/2012 considera que o serviço com uma equipe mínima poderá fazer de 40 até no máximo 60 atendimentos por turno/dia de trabalho (BRASIL, 2012a).

A mesma Portaria recomenda algumas atividades para o CAPS AD III, as quais o serviço busca atender, considerando a sua capacidade física e de recursos humanos disponíveis. As atividades propostas e desenvolvidas pela equipe são discutidas e programadas conforme as demandas e definidas em reunião de equipe.

As atividades desenvolvidas são individuais e em grupo, a saber:

*Atividades em Grupo:*

Oficina de música; Oficina de alfabetização e informática; Oficinas terapêuticas usando o artesanato como método; Grupos de escuta; Grupos de família; Grupos de álcool; Grupos de direcionamento; Grupos de múltiplas drogas; Grupos de mulheres; Grupos sócio educativos; Grupos de apoio à prevenção a recaídas; Visitas domiciliares que são realizadas três vezes por semana em horários pré-estabelecidos.

*Atividades Individuais:*

Acolhimento; Psicoterapias individuais (psicólogas e psicopedagoga); Atendimento às demandas sociais (assistentes sociais); Atendimento com terapeuta ocupacional (terapeuta ocupacional); Consultas médicas: nas especialidades da clínica geral e psiquiátricas.

O serviço tem como sistema de registro o prontuário físico, sendo que todas as

atividades são registradas e evoluídas no prontuário por quem as realiza.

Ainda para organizar as atividades, realizam reunião de equipe todas as terças-feiras das 13 horas e 30 minutos às 17 horas e 30 minutos. A reunião de equipe é aberta a todos os trabalhadores, porém participam da reunião efetivamente os que atuam no turno do dia. Os trabalhadores do turno da noite e alguns da manhã justificam a ausência por ter outro vínculo de trabalho ou por estudarem nesse horário. Esses trabalhadores afirmam que não ficam alheios ao que é tratado e/ou decidido em reunião, pois os colegas repassam o que é tratado. Além disso, afirmam que lêem a ata da reunião para conhecimento dos acontecimentos e das deliberações. Quando os trabalhadores que não conseguem participar das reuniões têm reclamações e/ou sugestões que envolvam a organização do serviço, repassam ao coordenador ou a algum membro da equipe para que seja compartilhado e discutido em reunião.

Os trabalhadores dos serviços gerais não participam da reunião por ser um trabalho terceirizado. O vigilante também não participa, pois fica na recepção. A reunião normalmente é coordenada pelo coordenador do serviço que inicialmente verifica junto aos participantes os assuntos para a pauta da reunião. Um dos integrantes redige a Ata, que ao final é lida, revista e assinada pelos participantes.

A Reunião é dividida em dois momentos, sendo o primeiro das 13 horas e 30 minutos às 15 horas e 30 minutos, reservado para assuntos administrativos e organizacionais. São repassadas informações vindas de outras esferas ou órgãos e discutidas na equipe. Apresentam-se as dificuldades individuais ou coletivas ocorridas na semana e, se possível, são corrigidas. São projetadas ou reorientadas novas oficinas e/ou grupos conforme a demanda e capacidade do serviço. Também são discutidas condutas e informações de forma a uniformizá-las com outras instituições, quando necessário. A seguir, às 15 horas e 30 minutos ocorre um intervalo de 30 minutos, momento em que os participantes descontraem e fazem um lanche coletivo promovido por alguém da equipe.

No segundo momento da reunião, das 16 horas às 17 horas e 30 minutos, são discutidos aspectos referentes aos usuários e às famílias com problemas. Além disso, são realizados estudos. Esse é um momento em que se observa que todos os trabalhadores têm e usam a voz como forma de cooperar com a equipe. Também são relatadas situações que não aprovam ou que trazem descontentamento com seu trabalho.

Na reunião de equipe um dos trabalhadores traz o caso de um usuário que toda equipe conhece, ele e seus familiares em especial a mãe. O trabalhador expõe que o usuário não tem comparecido às atividades propostas e que a mãe procurou o serviço novamente relatando que o usuário recaiu e não sai da cama; o trabalhador da recepção relata que a mãe vem sempre desesperada pedindo ajuda; o coordenador

fala que atendeu ela na última vez ouvindo e explicando as decisões do filho; a médica se manifesta dizendo que fez duas vezes visitas acompanhada da enfermagem e que a mãe exagera na condição de saúde do usuário, os trabalhadores da enfermagem concordam com a médica; a psicóloga e a assistente social se manifestam quanto a condição de decisão do usuário “ele sabe o que está fazendo, a forma que a mãe o trata agrava a situação”. A psicopedagoga que também fez visita a família, relata que o pai é bem mais tranquilo com usuário; a enfermeira continua “a mãe só quer internação dele, mas ele não quer”; a auxiliar de enfermagem completa “ele fica aqui quatro, cinco dias e pede para sair”. Como fechamento da discussão a equipe tomou como encaminhamento trazer a mãe para grupos de família, acompanhar o usuário através de visitas domiciliares e solicitar acompanhamento/auxílio também da equipe do ESF do bairro onde reside (O. 14/06/2016 tarde).

Nessa mesma reunião acompanhei as reclamações da equipe de enfermagem com a forma em que os usuários do CAPS II estão sendo encaminhados para o leito. Também não estão sendo informadas que o usuário está vindo para o leito “simplesmente quando vemos estão aqui na nossa frente”. O médico fala das prescrições incompletas do psiquiatra que encaminha; a enfermeira relata também que os usuários “estão vindo sem familiar que o acompanha, sem roupa, às vezes não sabemos nada dele, pois só vem com a folha de prescrição e nada de prontuário”. A equipe toda apoia e concorda com a posição de indignação da enfermagem. O coordenador se compromete em conversar com a coordenadora do CAPS II, com a coordenadora municipal da Saúde Mental. Foi sugerido pelos trabalhadores que estavam na reunião fazer uma normativa sobre esses encaminhamentos (O. 14/06/2016 tarde).

Constata-se que a reunião de equipe é benéfica ao trabalhador, pois falar e ser ouvido sobre a sua experiência bem como ouvir os outros, com relação a questões semelhantes, possibilita ao trabalhador ressignificar e/ou transformar seu trabalho a partir da troca e da cooperação dos seus pares, prerrogativa de um trabalho interdisciplinar.

Mehry (2007) refere que a participação coletiva e a possibilidade de aprendizagem e crescimento profissional dentro da equipe é condição para o desenvolvimento de um trabalho com qualidade.

Para isso, o trabalhador que dispõe de um espaço flexível de discussão, reflexão e elaboração, tem o potencial de criar soluções frente ao real do trabalho. A cooperação e o reconhecimento da equipe servem como um reforço fundamental para a identidade do trabalhador criando novas perspectivas com relação ao trabalho (SZNELWAR; UCHIDA; LANCMAN, 2011).

Entre as atividades desenvolvidas pela enfermagem juntamente com o médico, está a responsabilidade do cuidado aos usuários do leito/desintoxicação. O serviço tem uma ocupação média de leito em torno de oito usuários. Seguidamente são acolhidos nesses leitos também, os usuários encaminhados pelo CAPS II (serviço que assiste a usuários com transtornos mentais graves), sendo que estes normalmente estão em quadros de agudização de sua doença (psicóticos, com risco para si e outros, confusos, inquietos) exigindo um cuidado

intensivo da enfermagem.

Conforme observação feita no dia 29/06/2016:

No período de observação noturno acompanho a dinâmica da equipe com um usuário do CAPS II em crise psicótica, mesmo medicado o usuário está muito agitado. Nesta noite desmontou o leito dizendo ter alguém embaixo, agitando todos os outros usuários. O Guarda acompanhava este usuário o tempo todo visto que era do sexo masculino com porte físico grande e forte e a equipe de enfermagem dessa noite só ter mulheres. A noite foi muito agitada. O usuário dormiu em torno de 40 minutos somente e não deixou que ninguém descansasse, irritando os outros usuários, sendo que a equipe tinha de tranquilizar os demais usuários com esta situação. Ao amanhecer, quando ocorria a troca de plantão, o usuário, pulou cerca baixa (60 cm) onde tem a estrutura de uma piscina toda coberta com madeira, forçou uma das madeiras dando ponta pés abriu um buraco o qual entrou sua perna, na tentativa de “matar alguém que estava dentro” argumentava o usuário. Foi então chamada a guarda municipal para ajudar com sua contenção mecânica, uma vez que a medicação não havia tranquilizado. A equipe de enfermagem relata que isso é comum quando há usuários agitados, pois gritam a noite toda, agitam os outros usuários. Conforme fala de trabalhadora: *“nossa estrutura aqui não comporta os usuários do II especialmente quando estão agitados”*. Relatam também não resolver falar isso, pois continuam mandando com uma prescrição, às vezes os usuários vem sem prontuário não sabemos nada dele, mas acolhemos fazemos todo o possível para cuidar deles e deixá-los bem (O. 29/06/2016 noite).

Nota-se que os serviços de retaguarda em leitos de hospital geral conforme previstos pela RAPS não existem efetivamente no município de Chapecó, apesar do registro formal. O hospital geral argumenta que sua capacidade está sempre no limite por ser único hospital público do município e referência regional para várias especialidades.

Essa situação tem repercutido no atendimento do CAPS II que não possui local para encaminhar seus usuários quando necessitam de internação. Para dar conta dessa necessidade utilizam da estrutura física e de recursos humanos do CAPS AD III, que dispõe os leitos e uma equipe de enfermagem 24 horas. Tal situação põe em “cheque” a proposta da atenção integral, produzindo tensionamentos na rede de cuidados e entre os trabalhadores.

Contudo, os trabalhadores do CAPS AD III se sensibilizam com essa necessidade dos usuários do CAPS II e os acolhem quando encaminhados. Tal fato repercute na organização do trabalho, pois se sentem inseguros ao prestar o cuidado e, do mesmo modo, os usuários do leito em desintoxicação não toleram e não compreendem os quadros agudos desses usuários, ocasionando conflitos.

Essa situação tem suscitado discussões, conversas, negociações entre as equipes, os coordenadores, a coordenação de Saúde Mental e a gestão Municipal da Saúde, na busca de uma estratégia resolutiva para a falta de leitos de internação.

Considerando que o trabalho prescrito são leitos para desintoxicação e o trabalho real tem sido também usar esses leitos para internação dos casos agudos do CAPS II, a

organização do trabalho não dá conta do hiato criado entre o prescrito e o real. Esse hiato entre o trabalho prescrito e o real criado pela falha na RAPS, tem gerado insatisfação, sobrecarga e conflitos entre os trabalhadores.

Para Dejours (2012b) o trabalho real sempre se mostra ao trabalhador sob forma de fracasso, provocando sentimento de impotência, raiva, decepção e desamparo. Para romper com esse hiato e os sentimentos por ele criados, os trabalhadores fazem uso do engajamento do corpo e da inteligência ou mobilizam a subjetividade, que os leva a percorrer um caminho que tem de ser inventado.

Nesse sentido, o que está em jogo é a maestria do trabalhador ante a sensação de insegurança, impotência, irritação, decepção e de desânimo. A organização real do trabalho se consolida durante o trabalhar, na invenção do novo caminho, diante do sentimento que vivenciam pela surpresa desagradável da inviabilidade do prescrito. Com isso, o real se consolida pela vivência de sofrimento que mobiliza o trabalhador, dito por Dejours (2012b, p. 25) “de um modo afetivo”.

## 5.2 O PRAZER E SOFRIMENTO DOS TRABALHADORES DO CAPS AD III

A Psicodinâmica do Trabalho traz uma abordagem que consiste em investigar prazer e sofrimento como indicadores de saúde psíquica. O prazer-sofrimento é um construto único, originado das mediações utilizadas pelos trabalhadores para a manutenção da saúde, evitando o sofrimento e buscando alternativas para obter prazer. O sofrimento no trabalho instala-se quando a realidade não oferece possibilidades de gratificação dos desejos do trabalhador. Já a vivência de prazer deriva-se da articulação entre trabalho, necessidades e desejos psicológicos do trabalhador, caracterizando-se como um estado de adequação da carga psíquica e, conseqüentemente, de um melhor funcionamento do aparelho psíquico desse trabalhador (MENDES; ARAÚJO, 2012).

Portanto, prazer e sofrimento estão diretamente ligados à atividade, ou seja, a como o trabalho se organiza. Os sentimentos de liberdade de fazer, de dizer em oposição aos sentimentos de dor resultantes da impossibilidade em atender aos desejos e necessidades do trabalhador são centrais. Assim, prazer e sofrimento nas situações de trabalho podem ser considerados modos de equilíbrio entre o trabalho e o trabalhador que busca orgulho e gratificação naquilo que realiza.

Mendes e Muller (2013) expõem que a expressão prazer no trabalho é mais do que uma vivência, o prazer é um princípio mobilizador da dinâmica que emerge dos contextos de

trabalho. O prazer implica na satisfação de necessidades representadas intensamente pelo trabalhador, sendo uma manifestação episódica ao se considerar as contrariedades impostas pela sociedade e, nessa perspectiva, o prazer no trabalho parece ser um dos elementos centrais para a saúde do trabalhador.

Assim, a vivência do prazer origina-se do bem-estar que o trabalho causa no corpo, na mente e nas relações com as pessoas. O prazer manifesta-se por meio de gratificação, da realização, do reconhecimento, da liberdade e da valorização no trabalho, constituindo-se como um dos indicadores de saúde no trabalho (AUGUSTO; GONÇALVES; MENDES, 2014).

Para Dejours (2011c), o prazer no trabalho caracteriza-se como um estado marcado pela adequação da carga psíquica e, conseqüentemente, pelo melhor funcionamento do aparelho psíquico do trabalhador. Ou seja, o prazer deriva da articulação entre trabalho, necessidades e desejos psicológicos do trabalhador.

Estudos da psicodinâmica mostram que o prazer no trabalho pode ser obtido por via direta, decorrente da identificação com o trabalho, ou por via indireta, a partir da ressignificação do sofrimento no trabalho estando estritamente relacionado à mobilização subjetiva (MENDES, 2007; MENDES; ARAÚJO, 2012).

Um trabalho que oferece oportunidade para que o trabalhador se sinta valorizado e reconhecido favorece a vivência do prazer, o que é profundamente benéfico à saúde porque fortalece a identidade. O favorecimento da identidade, a realização, o reconhecimento e a liberdade são condições básicas para que o trabalho se constitua como fonte de prazer. Essas condições permitem ao trabalhador tornar-se sujeito de seu trabalho, criando estratégias para dominá-lo (MENDES, 2007).

Nessa direção, o conceito de prazer é central para a Psicodinâmica do Trabalho. Destaca-se que o trabalho pode ser tanto fonte de prazer quanto de sofrimento, sendo que um não exclui o outro. O prazer e o sofrimento são resultados de uma combinação da história do sujeito com a organização do trabalho, sendo que o prazer resulta da vitória sobre a resistência real, isto é, consegue estabelecer uma relação com o real do trabalho ultrapassando o trabalho prescrito (DEJOURS, 2011c).

Diante do exposto, a partir das narrativas dos trabalhadores do CAPS AD III e das observações realizadas no local de estudo, buscou-se analisar as vivências de prazer e sofrimento no trabalho.

### **5.2.1 Categoria analítica – Prazer no trabalho no CAPS AD III**

Dentro desta categoria analítica emergiram as *categorias temáticas, a saber: coordenação participativa; criatividade e liberdade; cooperação da equipe; reconhecimento da equipe e usuários; resolubilidade do trabalho; identificação com área de atuação*. As quais serão apresentadas e discutidas na sequência desse tópico.

#### 5.2.1.1 Coordenação participativa

Verifica-se que a coordenação participativa apresenta-se como norteadora para o prazer nas vivências do trabalhador do CAPS AD III, pois é a partir dela que a organização do trabalho dá liberdade ao trabalhador para exercer suas atividades. Essa possibilidade de participar traduz-se em prazer no trabalho a partir do resultado das experiências subjetivas do trabalhador permitidas pela organização do trabalho.

*[...] nosso coordenador é uma pessoa muito boa, aberta, tranquila, conseguimos conversar, negociar. Tivemos outros que eram uns gerais (T9).*

*[...] fizemos trocas de idéias, opiniões [...] (T23).*

Para Dejours (2011c), a livre organização do trabalho é apenas uma estruturação do modo operatório que considera as necessidades da personalidade. Assim, torna-se uma peça essencial do equilíbrio psicossomático e da satisfação. Nesse aspecto, destaca-se que quanto maior é a rigidez da organização do trabalho, menos ela contribuirá para a economia psicossomática individual.

A organização do trabalho é causa de uma fragilização somática, na medida em que ela pode bloquear os esforços do trabalhador para adequar o modo operatório às necessidades de sua estrutura mental. “[...] a organização do trabalho e, em particular, sua caricatura do sistema taylorista é capaz de neutralizar completamente a vida mental durante o trabalho” (DEJOURS, 2015, p. 128-129).

No entanto, Dejours (2008, 2015) aponta que mesmo que o trabalhador esteja inserido em organizações do trabalho rígidas e inflexíveis, para alcançar níveis de qualidade, é preciso haver rupturas com o prescrito. Ou seja, é necessário que haja inventividade e transgressão do trabalhador para que o trabalho possa ser realizado.

Percebe-se que a *coordenação participativa* do CAPS AD III busca, por meio da intercompreensão, tornar visíveis as razões, a racionalidade, o sentido do trabalho, a

dificuldade vivida pelo trabalhador para realizar sua atividade e o porquê dessa dificuldade, pelo que eles procuram respostas para si e para seus pares.

*[...] discutimos ações no trabalho, trabalhamos com liberdade, tem confiança no que estamos fazendo, isso nos dá prazer (T7).*

*[...] ele é tranquilo de fácil acesso e discussão [...] melhoramos muito quanto profissionais e equipe depois que ele assumiu (T20).*

Para Lancman e Uchida (2003), frequentemente a organização do trabalho é pensada por cada um dos níveis hierárquicos a partir da compreensão que os trabalhadores têm do seu próprio trabalho sem que um consiga entender as dificuldades e a racionalidade que rege a prática dos outros.

No CAPS AD III estudado, o nível hierárquico do coordenador, entendido como chefe do serviço, não é percebido como obstáculo na organização do trabalho. A coordenação participativa permite uma relação horizontal entre os trabalhadores da equipe e, conseqüentemente, há produção de liberdade para organização do trabalho. Os trabalhadores podem pensar, falar e agir, havendo valorização do que são e fazem no serviço.

Para Juns e Lancman (2011) quando o trabalhador é capaz de pensar o trabalho, de elaborar essa experiência ao falar, de simbolizar o pensamento e chegar a uma interpretação, ele tem a possibilidade de negociar, de buscar um novo sentido partilhado, de transformar e fazer a organização do trabalho evoluir.

Os trabalhadores do CAPS AD III sentem que têm poder de criar e transformar seu trabalho e, com isso, percebem que são sujeitos importantes na construção e organização, favorecendo o seu bem-estar e o prazer.

Essa coordenação participativa tem possibilitado uma organização aberta e flexível do trabalho no CAPS AD III, pois se relaciona aos preceitos da Reforma Psiquiátrica que exige potencial criativo, compromisso de inovar e de fazer diferente. No entanto, não há nenhum manual que aponte como deve ser o trabalho dentro de um CAPS (ATHAYDE; HENNINGTON, 2012), ou seja, o fato de haver prazer no trabalho decorre da satisfação das necessidades, dos desejos e da motivação dos trabalhadores com o seu trabalho no CAPS AD III. O trabalhador se sente co-participe do processo de organização do trabalho.

#### 5.2.1.2 Criatividade e liberdade

Considera-se que as habilidades criativas são aquelas que permitem ao indivíduo associar conceitos até então independentes e a conhecer novas maneiras de pensar (QUINN et al., 2003). A atitude criativa vem de uma necessidade inerente a todo o ser humano de crescer através de seu potencial interno. Nesse sentido, o trabalhador do CAPS AD III aciona sua mobilização subjetiva e utiliza sua inteligência prática para resolver os problemas que se apresentam no cotidiano, tendo na criatividade um modo de organizar seu trabalho.

*[...] a gente vê, convivi com de tudo aqui, nosso dia a dia é cheio de inovações (T2).*

*[...] gosto do desafio da novidade constante, o usuário dependente químico me oferece tudo isso (T12).*

Segundo Dejours e Aboudcheli (2011), a organização do trabalho define a prescrição das tarefas a serem realizadas em todo seu modo operatório e estabelece a divisão das pessoas no sistema hierárquico, dividindo suas responsabilidades e comando. Entretanto, como a prescrição nunca é suficiente para apreender o inesperado do cotidiano, o trabalho é compreendido pela psicodinâmica como a atividade realizada para dar conta da experiência real, a qual envolve gestos, posturas, saber-fazer, engajamento do corpo e da afetividade, inteligência, interpretação das situações e criatividade.

Trabalhar não significa apenas produzir, mas também modificar a si mesmo, sendo que o prazer e o sofrimento estão em uma relação subjetiva do trabalhador com seu trabalho. A forma de lidar com o impasse psíquico suscitado do confronto entre o prescrito e o real definirá se o sofrimento terá como destino a criatividade ou o adoecimento (DEJOURS, 2011b, 2012b).

No CAPS AD III, o uso da criatividade tem sido possível devido à organização ser flexível, pois o trabalho prescrito não dá conta do real do trabalho, ou seja, é no cotidiano que o trabalhador tem liberdade para inventar a partir das necessidades surgidas. O real requer inovação e busca de novas formas para realizar as tarefas.

A prescrição está longe de dar conta do real, levando os trabalhadores a utilizar suas habilidades tácitas, como forma e condição necessária ao aprimoramento e a eficácia no real de trabalho, ou seja, utiliza-se da inteligência prática para dar conta do trabalho real (DEJOURS, 2011b). O mesmo autor também afirma que o fundamental é não negar que desvios, ajustes, transgressões e o uso da criatividade fazem parte desse contexto, pois o trabalho humano é sempre necessário para fazer frente aos acontecimentos imprevistos.

A Portaria 130/2012, em seu Art. 5º, dispõe como uma das características de

funcionamento do CAPS AD III, o serviço estar aberto 24 horas, sendo o acolhimento noturno em leitos de atenção integral, utilizados para repouso, desintoxicação e observação. No serviço estudado os plantões noturnos são realizados exclusivamente por trabalhadores da enfermagem, um enfermeiro e dois técnicos. Verificou-se através dos relatos nas entrevistas, que o atuar no turno da noite exige dos trabalhadores que sejam criativos frente ao imprevisto.

*[...] temos autonomia à noite, pois temos de dar conta do que vier e decidir [...] resolvemos, inovamos, nossa criatividade esta sempre atividade (T17).*

*[...] é um desafio, precisamos contornar, inovar, ser criativos (T18).*

O trabalhar à noite desafia os trabalhadores, uma vez que no período de observação realizado, era à noite que os usuários apresentavam crises de medo/pânico, insegurança, tristeza, sintomas de abstinência, entre outros. Observou-se que a equipe utiliza inúmeras estratégias para possibilitar o atendimento de cada usuário: a escuta, o diálogo, atividades de distração, fumar cigarro, comer, ouvir música, cantar, orar, entre outras. A estratégia de atendimento utilizada depende das necessidades individuais dos usuários.

O usuário vem até o posto de enfermagem queixa-se que está muito ansioso “*estou com medo queria ficar aqui perto de vocês*”. A equipe prontamente lhe acolhe conversa sobre o dia como foi, tenta descobrir o que o usuário faz quando esta com medo, depois e alguns minutos de conversas ele fala que rezar ajuda, então uma das trabalhadoras lhe incentiva em rezar, ir para cama e rezar até pegar no sono, caso não consiga pode voltar no posto. Em seguida outro usuário vem até a equipe meio choroso falando da saudade de casa dos filhos. Neste momento, a equipe o ajuda refletir do por que está no serviço, da importância de tratamento para retornar bem para sua família. Como forma de desabafo e carinho sugerem que faça um desenho para mandar para os filhos, ele senta numa mesa com papel e lápis e começa o desenho, percebo que vai se acalmando. Um dos trabalhadores relata que isso é comum acontecer, então usam estratégias para acalmá-los e não ficar medicando. “*Só medicamos além do prescrito se muito necessário*”. Outro trabalhador relata “*seguidamente vamos até ao leito rezamos com eles, outros momentos fazemos atividades como jogar, ouvir música para que se sintam menos ansiosos, com medo ou tristes*”. “*Às vezes eles tem fome a noite pela ansiedade arrumamos lanche para comer*”. Outro trabalhador fala que os “*usuários podem fumar até as 20 horas, mas alguns acordam de madrugada com muita vontade do cigarro e ficam até irritados, dou cigarro abro a porta e deixo que fume tranquilo, o usuário retorna e dorme*”. O mesmo trabalhador relata que às “*vezes ficamos a noite toda em função de um ou de outro usuário, pois a noite é quando mais tem lembranças, necessidades das substâncias, mas tudo com calma conversa estratégias vamos contornando*” (O. 26/06/2016 noite).

Evidencia-se um trabalho criativo, buscando enfrentar as ocorrências no turno de trabalho noturno, que é mais solitário. Ou seja, os trabalhadores precisam produzir o conforto e cuidado dos seus usuários, organizando o trabalho por meio de relações mais criativas.

Glanzner, Olschowsky e Kantorski (2011) relatam que o trabalho em CAPS e na saúde mental produz novos sentidos de viver no âmbito social. Esse tipo de trabalho é uma atividade

complexa, múltipla, interdisciplinar e intersetorial, que exige trabalhadores proativos e criativos.

Isso se confirma no relato do trabalhador T13:

*[...] este público é um constante desafio, me tirou da rotina, me despertou, isso faz que eu me mantenha alerta e me reinventando para poder atender às necessidades do usuário e do serviço.*

Dessa forma, a autonomia dos trabalhadores favorece a conquista do prazer no trabalho, com base na transformação do sofrimento do *não saber* em prazer de *saber fazer*. Ou seja, a organização do trabalho por meio da subjetividade produz a autonomia e uso da criatividade, favorecendo as vivências de prazer (MORAES; VASCONCELOS; CUNHA, 2012).

Nesse sentido, o CAPS AD III, operando com a organização flexível, promove a autonomia do profissional no trabalho, compreendida como a possibilidade de alteração da prescrição da sua tarefa de forma a adequá-la ao real do trabalho. Isso para Ferreira (2010) possibilita ao trabalhador a regulação de seu modo de desenvolver atividades.

### 5.2.1.3 Cooperação da equipe

O termo *cooperação* é essencial para a Psicodinâmica do Trabalho, pois trata da “vontade das pessoas de trabalhar juntas e de superarem coletivamente as contradições que surgem da própria natureza do trabalho ou da essência da organização” (DEJOURS; MOLINIER, 2008, p. 80).

Para isso segundo Dejours (2011a) cooperação não pode ser prescrita e não pode ser entendida como produto mecânico da organização do trabalho, pois o que conta é a liberdade de cada trabalhador para formação de vontade coletiva, a partir do que não é imposto.

Nesse sentido, os trabalhadores precisam passar pelo processo da construção do coletivo para chegar à *cooperação*, que nada mais é do que a prática da construção comum de regras de trabalho. Contudo, Dejours e Molinier (2008) alertam que o coletivo não é apenas um grupo, ou seja, composto automaticamente pela reunião de trabalhadores em torno de um objetivo comum. A cooperação repousa sobre as inteligências individuais e sobre as divergências encontradas entre o *modus operandi* de cada componente do grupo. Além disso, apresenta a possibilidade de sucesso na construção de compromissos e pactos que solucionem os problemas advindos do trabalho. Assim, o coletivo não é uma produção natural, mas uma

construção social.

*[...] falamos a mesma língua, confiamos uns nos outros [...] cada um sabe o que fazer e nos auxiliamos [...] temos livre acesso pra discutir entre a equipe e decidirmos juntos a melhor conduta para equipe, para serviço e para o usuário (T4).*

Observa-se que os trabalhadores trazem a confiança construída entre eles para relações de cooperação, ou seja, o convívio cotidiano no trabalho permite uma identificação entre eles para realizar seu trabalho por meio da troca de ideias e de conhecimentos.

Com isso a convivência melhora quando se entende a forma de trabalhar e de ser dos outros. Assim, acredita-se que os acordos normativos técnicos e éticos entre os trabalhadores sobre a forma de trabalhar é um processo em construção de regras compartilhadas (LIMA, 2013).

A *cooperação* exige relações subjetivas de confiança entre os trabalhadores. Isso se torna uma luta constante, uma vez que a confiança entre os diferentes níveis hierárquicos e entre os pares é frágil ou inexistente. A confiança se baseia mais em questões éticas do que afetivas, apoiando-se na visibilidade dos ajustes singulares para fazer frente às insuficiências e às contradições da organização prescrita do trabalho (DEJOURS; MOLINIER, 2011).

O CAPS AD III se organiza no campo coletivo da interdisciplinaridade, no qual os trabalhadores estão imersos em uma experiência cotidiana de organização a partir de seus pares, dos usuários e das relações sociais necessárias e advindas para realizar seu trabalho. Agir em parceria aparece como naturalizado, como condição *sine qua non* para organizar esse trabalho, uma vez que é necessário trocar, questionar o fazer, a ação. Há um pressuposto de trabalho em equipe que não deve ser um aglomerado de pessoas, mas que deve buscar a ideia de coletividade.

*[...] aprendi muito com esta equipe, decidimos o plano terapêutico em conjunto. Embasado no conhecimento técnico, interdisciplinar e nas experiências da equipe (T5).*

Para Merhy e Franco (2012) o trabalho em saúde é sempre coletivo, pois não há trabalhador de saúde que dê conta sozinho das necessidades de saúde dos usuários devido suas diversas e diferentes carências o que exige a atuação interdisciplinar, produzindo a cooperação entre a equipe.

Ressalta-se que a atuação coletiva requer uma construção diária e competências para a cooperação e o desenvolvimento dessas habilidades. Tais competências desenvolvem-se

através das experiências acumuladas na vivência no trabalho, nas trocas com a equipe, na elaboração e transformação das práticas e fortalecimento do coletivo (JUNS; LANCMAN, 2011).

Os autores relatam ainda que o apoio da equipe é essencial para a estruturação subjetiva do trabalhador. Nesse aspecto, o trabalho marcado pela solidariedade pode resultar em um trabalho mais saudável. É na experiência de viver junto e de enfrentar a resistência do real que os trabalhadores constroem um sentido para o trabalho. Isso favorece o engajamento do trabalhador.

*Gosto muito da equipe, eles são formidáveis [...] nos ajudamos discutimos casos, planejamos ações, nos frustramos e nos apoiamos, enfim existe uma cooperação entre nós (T19).*

*Eu nunca havia trabalhado com uma equipe tão rica, as trocas que conseguimos fazer é algo grandioso, a cooperação [...] o trabalho em equipe despertou em mim depois que vim trabalhar aqui, compreendi que somos uma só equipe (T15).*

As inteligências emergem no coletivo sob a marca da diversidade, que pode gerar divergências caracterizadas como desordem ou articuladas em uma dinâmica coletiva comum (DEJOURS, 2012a). Nesse sentido, o processo de construção do coletivo e a cooperação encontram-se intimamente relacionados no que tange às suas condições primordiais que, dentre outros fatores, abrangem: as regras de trabalho, a visibilidade, a confiança e a deliberação (LIMA, 2013).

Percebe-se que os trabalhadores do CAPS AD III, para conseguir atender o real do trabalho e das possíveis contradições da sua organização, contam com a *cooperação* no espaço de trabalho.

*[...] muitas das coisas que acontecem aqui no nosso dia a dia não estão planejadas [...] o usuário e suas demandas é uma caixinha de surpresas, então precisamos nos ajudar cooperar [...] (T9).*

*[...] aqui a equipe pega junta é muito resolutive, é muito boa, tranquila, trabalhamos, conversamos, nos organizamos e descontraímos também (T18).*

Juns e Lancman (2011) dizem que a atuação profissional em CAPS se inscreve em um conjunto de saberes, instrumentos e práticas articulados, que exige transformações na forma de fazer, pensar o cuidado e no papel das instituições. O cuidado em saúde mental coloca permanentemente em questão as diferentes concepções e estratégias utilizadas pelos profissionais, obrigando-os a reinventarem-se (ROTELLI, 1999).

Essa forma de trabalhar no CAPS constitui um modelo mais horizontal de relação entre os trabalhadores, o que implica em novas formas de trabalho. Desse modo, se estabelecem também novas divisões de tarefas e responsabilidades entre os trabalhadores (KNOKE, 2011).

Concorda-se com Mendes e Araújo (2012) ao exporem que a cooperação volta-se para expressar e potencializar a mobilização subjetiva, a construção de laços de ofício e de convivência de um mesmo coletivo. É no coletivo que se encontram as possibilidades para a mobilização subjetiva no momento em que o psíquico e o social tornam-se inseparáveis.

O trabalho tem a dupla função de produzir (mundo objetivo) e de viver junto (mundo social), sendo produção e relação social, exigindo coordenação e cooperação (BENDASSOLLI, 2012). A autora menciona também o porquê de as pessoas aceitarem viver juntas no trabalho, que ocorre primeiramente pela necessidade imposta pela produção; em segundo lugar, porque ao oferecer uma contribuição à atividade, elas esperam retribuição, que vai além da financeira. Os trabalhadores esperam o reconhecimento que é uma retribuição de natureza simbólica.

#### 5.2.1.4 Reconhecimento da equipe e usuário

O *reconhecimento*, no campo do trabalho, funciona dentro do coletivo e, para a Psicodinâmica do Trabalho, é entendido como gratificação ou constatação que passa pelo processo de julgamento (MARTINS, 2012). Para isso, há julgamentos específicos, isto é, o julgamento de utilidade e o julgamento da beleza. O primeiro diz respeito à utilidade da contribuição técnica, social e econômica do sujeito e é proferido pela hierarquia, subordinados ou clientes, no caso do CAPS AD III, pelos usuários. O segundo diz respeito à qualidade, singularidade e originalidade de uma tarefa e é proferido pelos pares, por aqueles que conhecem bem as regras de ofício e o estado da arte, sendo que o julgamento de beleza é expresso ou pode ser traduzido pelo vocabulário “belo trabalho”, “belo jeito de fazer” (DEJOURS, 2011b).

Respeitar a singularidade de cada indivíduo, considerar adequadamente os produtos por ele gerados, reverenciar apropriadamente seu saber-fazer e assinalar judiciosamente seu empenho para realizar com sucesso uma tarefa torna o reconhecimento uma realidade que se manifesta por meio de representações que os trabalhadores constroem sobre o contexto de trabalho. Essas representações se caracterizam, principalmente, por sentimentos de justiça, valorização, admiração, pertencimento, envolvimento (MENDES; MARRONE, 2010).

Os trabalhadores do CAPS AD III manifestam o prazer de ter seu trabalho reconhecido, repercutindo em realização pelo seu fazer.

*[...] os usuários me dizem: “que bom que esta isso! Ninguém faz bolo salgado melhor do que o seu! [...] os colegas me dizem você consegue fazer milagres com poucos ingredientes para o lanche, fica delicioso! (T7).*

*Os usuários quando dão alta, deixam cartinhas de agradecimento, de reconhecimento pelo nosso trabalho, tenho várias. Isso me dá uma paz muito grande [...] (T1).*

Esse reconhecimento repercute na organização do trabalho, em que se fortalecem relações de aproximação. O vínculo do binômio usuário/serviço de saúde é propiciado pelo bom atendimento e pelo bom desempenho profissional e embasado na receptividade, afetividade, aceitação e confiança (LIMA et al., 2007).

O reconhecimento do usuário promove a mobilização subjetiva da inteligência e da identidade do trabalhador do serviço, em sua atuação profissional. Isso propicia o desenvolvimento das suas habilidades e a construção do seu perfil de trabalho, ou seja, a motivação no trabalho leva o trabalhador à vivência do prazer no cenário de atuação.

*Precisamos como serviço ouvir o usuário e família quantas vezes for preciso, criar vínculo e relação de confiança. Os usuários e os colegas dizem que sou muito bom em fazer isso (T19).*

*[...] a produção nas oficinas, a evolução de cada dos usuários quanto ao comportamento, tolerância, ansiedade, percebo que começam a desenvolver suas capacidades, a equipe valoriza isso [...] de repente vejo esse olhar de reconhecimento dos colegas e dos usuários (T12).*

No coletivo do CAPS AD III, o reconhecimento entre a equipe por meio da expressão do julgamento de beleza do trabalho realizado, também é percebido como motivadora para o trabalhador e, por conseguinte, no trabalho desenvolvido.

Aliado a esses aspectos, constatou-se por meio das entrevistas e observações realizadas um sentimento de gratidão por parte dos usuários e familiares. Acredita-se que isso fortalece a possibilidade de encontrar sentido e prazer no trabalho. Dejours (2004, 2012b) aponta que o reconhecimento, em especial o reconhecimento de beleza e o de utilidade são elementos chaves para a construção identitária e saúde mental no trabalho.

Uchida et al. (2011) diz que a possibilidade do profissional contribuir através de seu conhecimento e inteligência no aprimoramento do processo de trabalho se constitui como

importante para o prazer. O que mobiliza e motiva o trabalhador é a retribuição simbólica pela contribuição que o reconhecimento pela beleza e utilidade trazem ao trabalho. Esse reconhecimento favorece a possibilidade de contribuição do profissional para a construção de uma produção de melhor qualidade, criando uma identidade pessoal e coletiva no trabalho.

Para Dejours (2009, 2012b) enfatiza que o reconhecimento depende de julgamentos que recaem sobre a qualidade do trabalho realizado, sobre o fazer – e não sobre a pessoa, sendo que o reconhecimento pela qualidade do trabalho pode inscrever-se no nível da personalidade em termos de ganhos no registro da identidade. Destarte, a identidade conquistada pelo sujeito na dinâmica subjetiva do reconhecimento diz respeito à autorrealização no campo social, com suas relações de força.

O trabalhador do CAPS AD III ao fazer uso da ressonância simbólica permite a sublimação (diminuição da carga psíquica), tornando o trabalho mais equilibrante e propulsor de realização pessoal e profissional. Esse sentimento de realização e identificação se fortalece quando o trabalho é também gerador de reconhecimento social que neste serviço é normalmente manifesto pelos usuários e familiares e, o profissional que se dá pelos pares e pela equipe.

#### 5.2.1.5 Resolubilidade do trabalho

Para Jorge et al. (2014), a resolubilidade do cuidado em saúde mental exige a organização de uma rede de serviços e o aprofundamento das relações subjetivas entre profissionais, usuário e familiares. Isso ocorre para assegurar o acesso aos serviços com qualidade, além do estabelecimento de relações que produzam acolhimento e vínculo. Como efeito, um serviço resolutivo deverá estar apto a enfrentar e resolver o problema até o limite de sua atuação.

O trabalho no CAPS AD III, percebido pelos trabalhadores, tem produzido a satisfação pessoal (realização) pela atividade que realizam: cuidar do outro, assistir e vivenciar a evolução do usuário.

*[...] vejo o usuário, melhorando animado como tratamento, com a possibilidade de mudança de vida, isso é muito gratificante (T22).*

*[...] é bom ver os usuários que entrou daquela forma ruim, ficar bem, continuam vindo para grupos, para o tratamento [...] (T4).*

Quando existe a compatibilidade entre o conteúdo e objetivo da tarefa a ser exercida e os desejos inconscientes do trabalhador, o prazer passa a ser vivenciado no trabalho (MENDES, 2007).

Os trabalhadores identificam o sofrimento dos usuários e gratificam-se no trabalho ao perceber que sua ação produz algo positivo, algo bom, motivando-os para melhorar e aprimorar suas práticas. Dejours (2003, 2012b) expõe que o sofrimento do outro não é entendido apenas de forma racional. Com isso quando o trabalhador percebe o sofrimento do usuário, inicia um processo afetivo, que se movimenta operante a sua própria experiência de sofrimento.

Ao identificar o sofrimento do outro, o trabalhador também se depara com situações que lhe exigem diversas habilidades, tanto aquelas praticadas cotidianamente quanto as que ainda são desconhecidas – que serão arquitetadas no desenrolar do tratamento. Todas essas aptidões e invenções farão parte, portanto, das capacidades desse trabalhador, que deve perceber a atenção e o cuidado a serem dispensados ao usuário dentro de suas necessidades.

*A gente se desdobra para dar possibilidade de cuidados e tratamento ao usuário e família [...] ver eles dando continuidade no tratamento, é algo muito prazeroso [...] (T5).*

O ato de cuidar do outro que está frágil possibilita aos profissionais do CAPS AD III experiências de sentimentos agradáveis, sobretudo o de “estar sendo útil”, o que, conseqüentemente, confere-lhes a sensação de desenvolvimento de tarefa socialmente nobre e sentem orgulho do seu trabalho.

Boff (1999) e Madalosso (2001) relatam que o ato de cuidar e as atividades desenvolvidas pelos cuidadores estão presentes ao longo da história e retratam a preocupação com a qualidade de vida dos seres humanos. Desde então, o exercício do cuidado também permeia o trabalho dos profissionais de saúde, podendo assim ser denominados de cuidadores da saúde física e psíquica das pessoas que precisam de auxílio.

Dessa maneira, a atenção psicossocial disseminada no campo da saúde mental vem resgatando as atuações relacionadas a essas práticas de cuidado e reinventa o modo de ser e agir dos trabalhadores em saúde no cuidado com o outro de forma que o próprio profissional se sente realizado.

*[...] é muito bom poder construir do tratamento junto com usuário, empoderando ele e até a família nesta construção dentro do que eles têm condições [...] é momentos que da satisfação (T16).*

O CAPS AD III se propõe a realizar trabalho conjunto por meio da construção do projeto terapêutico do usuário de acordo com seus desejos, necessidades e possibilidades. Isso deve ser norteado pelos pressupostos da Política de Redução de Danos que busca minimizar danos sociais e à saúde associados ao uso de substâncias psicoativas, não se detendo somente na abstinência.

O prazer de exercer o cuidado no contexto da Reforma Psiquiátrica, sinaliza para autonomia do usuário e a resolubilidade do tratamento, como sendo algo que gratifica e produz satisfação ao trabalhador. A satisfação evidencia-se no retorno proporcionado na interlocução com o usuário, possibilitando maior interação e flexibilidade na prática do cuidado (FRANCO; MEHRY, 2013).

Há um investimento afetivo no trabalho que proporciona aos trabalhadores a produção do sentimento de gratificação. Nesse aspecto, Dejourns (1996) relata que a vivência de prazer é uma vivência individual e/ou compartilhada por um grupo de trabalhadores, mas o foco está nas experiências de gratificação. O autor continua, essas experiências são provenientes tanto da satisfação dos desejos e necessidades quanto da mediação bem sucedida dos conflitos e contradições gerados em determinados contextos de produção de bens e serviços.

#### 5.2.1.6 Identificação com a área de atuação

Os trabalhadores do CAPS AD III identificam-se com suas atividades, manifestando realização do seu desejo, ou seja, o prazer mediado pela identificação com o trabalho que fazem.

*[...] meu sonho desde antes do início da faculdade era trabalhar em serviço de saúde mental, que atendesse álcool e drogas, aqui estou eu, realizada [...]* (T13).

*[...] eu gosto de trabalhar aqui, com este público [...] posso dizer que sou realizado/a* (T6).

*[...] gosto muito de trabalhar aqui, me encontrei no CAPS AD III [...] fui me identificando com serviço a cada dia, sou um profissional realizado com o que faço e onde estou* (T19).

Observa-se diante dos relatos que a relação que o trabalhador do CAPS AD III estabelece com seu trabalho, é uma relação psíquica entre o trabalhador (história de vida do sujeito, personalidade, interesses, aptidões) e a situação concreta do trabalho (realidade material, social e das relações de trabalho).

Para Dejours (2012a), quando essa relação permite a ressonância simbólica (satisfação de suas necessidades e desejos) proporciona ao indivíduo a produção de significação e sentido do trabalho (identificação pessoal), fato indispensável para que o trabalhador possa desenvolver mecanismos que visem a superar as dificuldades advindas da própria natureza das condições e processo de trabalho.

*O trabalho aqui é super bom, gosto da saúde mental [...] acolher os usuários, dar atenção criar vínculos, mesmo em momentos de tensão (T10).*

*[...] aprendo muito aqui, especialmente com a população de rua, sofrida. Temos a concepção de casa, família, cachorro como o ideal para as pessoas, eles quebram com estes paradigmas, por isso tudo amo o que faço, amo este trabalho (T15).*

A criação de vínculos afetivos entre os trabalhadores e os usuários é outra fonte de prazer. À medida que esses vínculos se intensificam, ocorre a substituição do relacionamento unicamente profissional por uma relação mais familiar, o que gera o prazer para todos os envolvidos e transforma o trabalho em fonte de alegria e satisfação.

Dejours e Jayet (2011) referem que mesmo submetido a forças psíquicas que podem ser desestabilizadoras em seu ambiente laborativo, o trabalhador poderá beneficiar-se do trabalho. Isso pode ocorrer se o trabalho puder proporcionar ao indivíduo vias de descarga da sua energia psíquica, o que corresponde à diminuição da carga psíquica do trabalho. Os autores relatam ainda que a carga psíquica é voltada para a análise qualitativa das vivências, dispensando o exercício da quantificação e da objetividade que está relacionada com a história psíquica individual de cada trabalhador.

*Amo saúde mental! [...] conviver, conversar, conhecer as histórias de cada usuário [...] identificar minha própria história, porque também tenho uma [...] vamos caminhando e construindo com o usuário, novos significados, um novo modo de viver, isso é maravilhoso (T13).*

Esse envolvimento afetivo entre os profissionais e os usuários cuidados denota um caráter espiritual sobre o cuidado, uma vez que os benefícios dessa relação transcendem a saúde física e psíquica do usuário e do próprio trabalhador. Os sentimentos de caridade e amor com o próximo influenciam positivamente o grau de satisfação dos trabalhadores, resultando na vivência do prazer trabalho (ATEFI et al., 2014).

Dejours (2011a, 2012a) aponta que o trabalho, quando funciona como fonte de prazer, seja pela construção da identidade do sujeito, pelo seu reconhecimento e pela sua realização profissional, permite que o trabalhador se torne sujeito da ação, dominando o trabalho e não

sendo dominado por ele, com isso, se identificando de forma prazerosa com aquilo que faz.

Quando o ambiente de trabalho oferece condições de interação e de socialização, ocorre também o fortalecimento da identidade do trabalhador, possibilitando a transformação do trabalho ao seu favor (DEJOURS, 2011a).

Nesse sentindo, percebe-se que o prazer é vivenciado pelos trabalhadores do CAPS AD III, pois organizam seu trabalho de modo cooperativo, por meio de uma coordenação participativa. Além disso, tem a possibilidade do uso da criatividade e do reconhecimento pelo seu trabalho, com isso sentem-se valorizados e avaliam que o resultado tem sido positivo, ou seja, identificam-se como sujeitos autores daquilo que realizam.

### 5.2.2 Categoria analítica – Sofrimento no trabalho no CAPS AD III

A origem do sofrimento, conforme Dejours (2012b), tem suas raízes na história singular de toda pessoa. O autor destaca que o sofrimento repercute naquilo que ele chama de *teatro do trabalho*, ou seja, que o sofrimento é individualizado e depende da construção social e psíquica de cada pessoa. Isso, invariavelmente, acaba repercutindo no ambiente de trabalho, em seu *teatro*, com os seus *personagens* (coordenadores, gerentes, supervisor, colega de trabalho), *seu enredo* (a estrutura de poder e hierarquia, preconceitos, valores), o *cenário* (o macroambiente, o desemprego, a instabilidade, as incertezas); até mesmo, *espectadores* (família, amigos, usuários, adversários), que, afinal, aplaudirão ou não, numa analogia com a vida real, o fruto de uma vida, aprovando-a ou não (DEJOURS, 2015).

Para construir a ideia, sobre o *teatro do trabalho*, é importante destacar, inicialmente, a percepção de que o sofrimento é inevitável e ubíquo (DEJOURS, 2012b), ou seja, o sofrimento está em todo lugar ao mesmo tempo.

O sofrimento configura-se como uma vivência de experiências dolorosas, como angústia, medo e insegurança, provenientes de conflitos e de contradições originados do confronto entre desejos e necessidades do trabalhador e as características de determinado contexto de produção. Porém, a presença do sofrimento não implica patologia, uma vez que o binômio prazer-sofrimento pode conviver nas situações de trabalho, não sendo contrário à saúde (DEJOURS, 2012b).

A partir das análises das entrevistas e das observações nesta categoria analítica sofrimento no trabalho no CAPS AD III chegou-se as seguintes *categorias temáticas*: *nas frustrações entre o real e prescrito; modelo biomédico; estigmatização e preconceito com os usuários; e nos limites da Rede de Atenção a Saúde (RAS)*. As quais serão abordadas na

continuação deste tópico.

#### 5.2.2.1 Frustração entre o real e o prescrito

A lacuna entre o prescrito e o real, no trabalho nunca é efetivamente preenchida. Sobrevêm, sempre em todas as situações de trabalho, dificuldades e incidentes imprevistos. Quando o saber do trabalhador se choca com a resistência do mundo real, o que era considerado verdadeiro, de repente parece falso (DEJOURS, 2012a).

O trabalho real no CAPS AD III, por diversos momentos se revela como negativo ao trabalhador, exigindo o esforço e habilidades da equipe para sua reorganização e desenvolvimento. Num primeiro momento faz emergir no trabalhador o sentimento de fracasso, de impotência, raiva e desânimo quando o resultado não é o esperado.

*[...] a não adesão do usuário ao tratamento, as recaídas constantes, às vezes fico desanimado, até com raiva do usuário (T6).*

*[...] o resultado do nosso trabalho, o vai e volta dos usuários (recaída), me frustra. Não vejo o resultado positivo a melhora para me animar, estimular [...] (T8).*

*[...] vejo que alguns colegas da equipe não são realizadas onde estão, no que fazem, não compreendem o seu papel e muito menos o do serviço para com estes usuários [...] (T13).*

Dejours (2012a, p. 39) diz “é sempre *afetivamente* que o real do mundo inicia suas manifestações, para com o sujeito/trabalhador”. Com isso o trabalhador se mostra por vezes irritado, desanimado, sendo que a forma que lidam com tais situações e sentimentos podem gerar no trabalhador o sofrimento, por outro lado, é a oportunidade de transformar o sofrimento de forma criativa e madura em satisfação no trabalho, compreendendo seu papel no serviço.

Branco et al. (2013) relatam que a problemática do despreparo dos profissionais para atender pessoas com transtorno mental, com ênfase na dependência química, é compreensível na medida em que a formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação está voltada para o atendimento de problemas clínicos dos usuários. Assim torna-se imperativa a necessidade de construir outros espaços de atenção, ampliar e melhorar os cursos de formação e capacitação para estes profissionais.

Para Xavier e Monteiro (2013) a recaída tem de ser vista pelo profissional como parte do processo, de tratamento e é o momento de rever vários aspectos: o processo, a motivação, a

medicação e, quando necessário, uma mudança no plano terapêutico. No entanto mesmo fazendo parte do processo, a recaída é sentida como desanimador, exigindo que o trabalhador seja resistente à frustração e trabalhe com o usuário para que ele fique mais tempo sem recaída. Assim, para muitos trabalhadores e usuários, isso significa recomeçar do zero e o papel dos trabalhadores e da equipe é ajudá-los a reconhecer que esse recomeço não é do zero.

Por outro lado, reconhece-se ainda como fator de sofrimento, a idealização que os trabalhadores têm sobre o trabalho, ou seja, acreditam que o trabalho ocorra somente do modo como foi prescrito, ou mesmo idealizado e, se angustiam quando percebem que este não dá conta do real do trabalho. O trabalho no CAPS AD III exige muito mais do que conhecimento técnico/científico, o real do trabalho revela-se nas necessidades sociais do usuário como: comida, moradia, trabalho, lazer, relações afetivas, entre outras, situações estas em que o prescrito não consegue atender.

Com isso percebe-se que o real do trabalho impacta no trabalhador, mobiliza sua subjetividade, sua inteligência prática. Porém, quando o resultado do trabalho não corresponde ao esforço e investimento do trabalhador, ocorre o sofrimento.

Neste sentido, Santos Júnior (2009) relata que o trabalhador da saúde mental é o principal ator de mudanças e transformações das políticas públicas de saúde, haja visto que a Reforma Psiquiátrica veio transformando o cenário do cuidado, seja pelo estabelecimento de novos dispositivos na assistência ou pelo rompimento de paradigmas que sustentaram práticas “psis” de exclusão.

Diante desse cenário, reconhece-se o sofrimento do trabalhador do CAPS AD III frente idealização (prescrito) e a frustração (real). Pois quando o trabalhador se depara com o hiato entre o prescrito e o real, ele experimenta a sensação de fracasso e vivencia o sofrimento do não saber como fazer (DEJOURS, 2011a). Inicialmente adota uma posição passiva, por vezes marcada pela raiva e pelo desânimo, mas para ultrapassar essas situações penosas, o trabalhador necessita agir, o que inclui a capacidade de tolerar o sofrimento e fazer novas tentativas, até encontrá-las ou criar uma solução (DEJOURS, 2011a, 2012b).

O atendimento à famílias é outro fator apontado pelos trabalhadores do serviço como gerador do sofrimento.

*[...] muitas famílias abandonam usuário aqui ou na rua, isso para nós é muito frustrante no tratamento temos de encontrar alternativas [...] (T5).*

*[...] as situações em que as famílias chegam aqui é complicada, com usuários sob efeitos de álcool e de drogas [...] Famílias desesperada pedindo socorro, temos de contornar isso, com serenidade e paciência [...] (T4).*

Neste dia acompanho os acolhimentos, logo no início da manhã vejo na recepção uma senhora (mãe) chorosa, aflita. Prontamente foi chamada para acolhimento. O profissional que fazia o acolhimento perguntou se eu poderia participar, não tiveram nenhuma objeção. Ao entrar na sala eram 3 pessoas da mesma família a mãe, filho (usuário) e o tio. A mãe chorando, o filho (19 anos de idade) sentado com cabeça baixa, em silêncio, aspecto físico emagrecido, abatido e com má higiene (corporal). A acolhedora então sugeriu que falassem o que estava afligindo ela (mãe) tanto, dando oportunidade que pudesse desabafar. Por 10 minutos esta mãe falou de todo seu sofrimento, de sua luta para salvar o filho (recaídas), do seu cansaço emocional. O tempo todo ela enfatizou você (se referindo a acolhedora) tem de me ajudar, tem de tirar ele da rua, precisa internar ele. Percebo no olhar da acolhedora que é mãe também, sua angústia e a sensibilidade no acolher aquele sofrimento. Então a acolhedora pergunta para o filho (usuário) o que você tem a nos dizer, o que você quer? Ele ergue a cabeça com os olhos cheios de lágrimas vira-se para mãe e diz: *“mãe eu vou parar, não preciso me internar, eu consigo”*. Inicia então um embate entre o filho e a mãe. A mãe querendo a internação, o filho não querendo ser internado. Percebo que a acolhedora fica de certa forma angustiada em atender as necessidades de ambos. Solicita então, que a mãe saia da sala e tome uma água, enquanto conversa com o filho (usuário). Depois de 15 minutos de conversa, trocas o usuário e acolhedora chegam em um acordo que se embasa na redução de danos (retirar o crack do uso, e diminuir a maconha de três para um cigarro dia) e vir para grupo de múltiplas drogas. Para a mãe sugeriu grupo de família. Passado em torno de 45 minutos quando foi dado os encaminhamentos finais. A acolhedora levanta respira fundo e me diz: *“preciso sair tomar uma água, respirar, para poder atender o próximo. É muito sofrimento da família, do usuário não tem como não nos afetar!”* Percebo que ao final dos acolhimentos mais tensos, o profissional acolhedor normalmente sai da sala vai até a cozinha toma um chimarrão, café ou água, conversa com alguém e retoma os acolhimentos (O. 23/06/2016 tarde).

Para Cavalheri (2010) no momento em que as famílias recebem apoio e orientação adequada, podendo compartilhar seus problemas e dificuldades, elas apresentam-se mais comprometidas com o cuidado ao seu familiar adoecido, pois sentem-se acolhidas e não abandonadas, solitárias e rotulada negativamente pela sociedade.

Essa é uma ocasião em que se percebe que o trabalhador experiencia o sofrimento juntamente com o familiar e usuário, se compadecendo. Mesmo assim, faz os encaminhamentos compartilhados com as possibilidades e desejos do usuário. O trabalhador se apropria do seu conhecimento técnico, mas mobiliza sua subjetividade, seu conhecimento prático, para contornar situações tensas de sofrimento, em momentos de serenidade, união e cooperação.

Mendes e Araújo (2011) colocam muito bem quando citam que o sofrimento vivido pelo trabalhador é invisível, ou seja, não é algo mensurável, só tornando-se visível e acessível pela fala no momento que o trabalhador nomeia o que sente. Os autores dizem também que o sofrimento em si não deve ser tomado como patologia, mas como um sinal de alerta para que algum tipo de ação seja mobilizado.

Assim sendo, trabalhar em um serviço como o CAPS AD III requer do trabalhador a

construção cotidiana de um conjunto de práticas para nortear seu trabalho. O trabalho prescrito parece tênue e frágil no confronto do real, que se orienta por uma atenção integral e exige singularidade nas ações de saúde.

Os processos de produção dos serviços do CAPS, bem como o modo que é organizado o trabalho, fazem com que o conteúdo das tarefas e o desenvolvimento das atividades estejam constantemente em construção (UCHIDA et al., 2011).

Essa construção diária, superando a frustração, possibilitando transformar o sofrimento em prazer, oportunizando o uso da criatividade no trabalho. Uma vez que trabalhar é continuar indefinidamente a buscar, a recomeçar e, sobretudo, encontrar soluções diante do real do trabalho (DEJOURS, 2012b).

#### 5.2.2.2 Modelo biomédico

As diretrizes da Reforma Psiquiátrica orientam que os CAPS devem se constituir em espaço para uma atenção diferenciada em que o princípio da desinstitucionalização da assistência seja materializado a partir de uma prática clínica centrada no sujeito/usuário e em suas necessidades de cuidado. É necessário que haja a desconstrução do conceito de doença mental a partir do referencial biomédico. Além disso, deve haver a adoção de uma nova forma de perceber o sofrimento enquanto existência-sofrimento do sujeito em sua relação com o corpo social (AMARANTE, 2013).

Porém, mesmo com todos os avanços promovidos pela Reforma Psiquiátrica o modelo biomédico ainda é fortemente praticado. Esse modelo é pautado na tradicional compreensão do sofrimento mental, no poder do saber médico, que tem como base a prescrição medicamentosa, ou seja, a troca de uma droga por outra.

*[...] vejo o serviço muito centrado na consulta médica, a terapêutica não pode e não deve ser centrada no médico, a dinâmica do CAPS AD III não é para isso e sim na equipe em diferentes grupos, oficinas e no individual se necessário (T19).*

*[...] a equipe centra o atendimento na consulta médica, nos acolhimentos quase todos os usuários são direcionados a consulta médica, sobrecarregando as agendas [...] a redução de danos não é uma prática da equipe (T16).*

Ao acompanhar o acolhimento no dia 28/06 no período da manhã, foram acolhidos três usuários, um deles depende de múltiplas drogas e os outros dois de álcool, a conduta do acolhedor para com os três foi a consulta médica. Perguntei ao profissional o porquê desta conduta única, a resposta foi: “tenho dificuldades e até um certo receio de ter outra conduta”. Entendo que os profissionais médicos conhecem mais profundamente as ações neuroquímicas do álcool e drogas, com isso podem ter um procedimento mais adequado (O. 28/06/2016 manhã).

Neste mesmo dia no período da tarde, ao acompanhar atividade de grupo, um dos usuários que estava abstinente há 2 meses, relatou ter recaído no fim de semana quando saiu com amigos, estava arrependido, com medo de não agüentar. O grupo o apoiou no sentido a não recair, controlar a quantidade. Ao término do grupo o profissional sugeriu ao usuário que consultasse com o médico que o acompanha. Perguntei o porquê da consulta? A resposta foi objetiva: Para que ele medique diminuindo a ansiedade o risco da recaída (O. 28/06/2016 tarde).

Percebe-se que a prática biomédica despotencializa o serviço e o trabalho interdisciplinar, gerando sentimentos de frustração nos trabalhadores. De certa forma ocorre uma retroalimentação entre o modelo biomédico e a frustração da equipe na atuação interdisciplinar.

Uchida et al. (2011) expõem que participar de um projeto da categoria de um CAPS AD III implica na construção dos próprios trabalhadores, na reformulação de paradigmas relacionados a antigas formas de atenção em saúde mental e uma nova forma de relacionamento com os usuários, mais próximo e sem os instrumentos de proteção e das punições dos serviços psiquiátricos tradicionais.

A insegurança do trabalhador em transformar seu trabalho, orientado pela política da redução, pode estar relacionada com sua formação profissional que hegemonicamente se orienta pelo modelo biomédico, ou seja, trata-se a doença e busca-se a cura. Com essa prática, o trabalhador do CAPS AD III busca acabar com os sintomas que os usuários expõem.

Porém, no âmbito da saúde mental com especificidade para álcool e drogas, muitas vezes não será possível corresponder a essa tradição e expectativa de imediato (BRASIL, 2013). As estratégias pragmáticas da Redução de Danos (RD) começam a desmanchar as trincheiras da ineficaz guerra às drogas, abre-se espaço para se falar de serviços “amigáveis” ao usuário e família (KINOSHITA et al., 2016).

A Redução de Danos é uma mudança na relação do sujeito com a droga a partir da autonomia do mesmo e da não-priorização da abstinência para que o tratamento se realize, “[...] é tratar as pessoas não pelo que elas têm ou pelo que aparentam, mas pelo que elas são como seres singulares” (LANCETTI, 2006, p. 61).

Concorda-se com o que dizem Uchida et al. (2011), que o participar de um projeto da categoria psicossocial, considerando aqui o CAPS AD III, implica na construção dos próprios trabalhadores, na reformulação de paradigmas relacionados a antigas formas de atenção em saúde mental e uma nova forma de relacionamento com os usuários, mais próximo e sem os instrumentos de proteção e das punições dos serviços psiquiátricos tradicionais.

Tal situação, implica em custo humano do trabalho, entendido como aquele

despendido pelos trabalhadores nas esferas física, cognitiva e afetiva diante das contradições existentes no contexto de trabalho. As exigências que integram a noção do custo humano do trabalho são impostas pelas características do ambiente de trabalho e são definidas por exigências físicas, cognitivas e afetivas (MENDES; FERREIRA, 2007).

Assim, o sofrimento pode trazer uma série de consequências aos trabalhadores, dentre elas, o adoecimento relacionado ao trabalho, que vai desde a perda de suas capacidades laborais até o afastamento de atividades profissionais. Por outro lado, o sofrimento pode ser criativo, ou seja, é possível transformá-lo em prazer e saúde por meio da ressignificação que depende da qualidade da dinâmica do reconhecimento e das estratégias defensivas contra o sofrimento (DEJOURS, 2012b).

E, para transformar seu trabalho, seu modo de organização é necessário que os trabalhadores do CAPS AD III anseiem pelo aprendizado, conhecimento, trocas e a assistência interdisciplinar. O que produzirá ações, sentimentos e emoções ao enfrentamento do modelo asilar e biomédico ainda presente, com isso os trabalhadores terão a possibilidade de remodelar esta realidade, dando um novo significado as suas ações e sentimentos, e consequentemente ao serviço.

### 5.2.2.3 Estigmatização e preconceito com os usuários

Entende-se o preconceito como um ajuizamento prematuro e impróprio sobre o uso de drogas, ou seja, preconceito é uma atitude negativa e inflexível, definida a algo ou alguém, construindo-se uma ideia sem prévios conhecimentos (BARD et al., 2016).

O preconceito é a valorização negativa que se atribui às características singulares, pressupondo a negação do diferente. Já o estigma evidencia algo que excede uma atitude de prejulgamento, como sinal de desprestígio, indigno e desonroso, uma marca na honra de alguém, que sugere contaminação (SCHILLING; MIYASHIRO, 2008). O estigma caracteriza-se como um sinal ou uma marca que designa o portador como “deteriorado”, portanto, menos valorizado do que os “normais”.

Deste modo, levados pelo preconceito deixa-se de considerar o indivíduo que faz uso de substâncias psicoativas em específico de álcool e drogas ilícitas uma “pessoa comum, reduzindo-a a uma pessoa estragado e diminuída, ou seja, estigmatiza e exclui, especialmente quando o efeito do descrédito sobre ela é muito grande” (BARD et al., 2016, p. 2).

Os trabalhadores do CAPS AD III relatam a vivência cotidiana do preconceito e estigma, em que os usuários vivem marginalizados socialmente, impedindo e dificultando sua

inclusão em diferentes espaços e setores.

*[...] quando encaminhamos ou solicitamos algo a outros setores públicos da Prefeitura, percebo claramente que se barra no preconceito [...] a sociedade tem muito preconceito com o usuário e o serviço. Denominam o serviço de tratamento para os bêbedos, vagabundos, degenerados [...] enfrentamos dificuldade até usuário quer voltar a estudar, mas a escola diz não ter mais vaga, quando sabemos que isso não é verdade, existe uma forte exclusão a esta população [...]* (T13).

Trabalhar no CAPS AD III é também resgatar, (re)construir “as perdas”, é promover a reinserção social. A finalidade do seu trabalho deve orientar-se pela reconstrução da vida do usuário para além do circuito saúde-doença, fazendo o embate, neste percurso com o preconceito e estigma impostos aos usuários de substâncias psicoativas.

Neste sentido, o exercício da cidadania para o usuário em tratamento significa o estabelecimento ou resgate de uma rede social inexistente ou comprometida pelo período do uso problemático da droga (BRASIL, 2014).

Para que os trabalhadores do CAPS AD III possibilitem a reinserção do usuário, a orientação é atuar no território (geográfico, político, econômico e cultural) de forma a desenvolver parcerias com os diversos recursos existentes na comunidade, possibilitando o trabalho de forma intersetorial. Os dispositivos existentes no território abrangência, além da rede de atenção à saúde, consistem nas secretarias de educação, de cultura, de ambiente, associações civis, instituições filantrópicas, empresas, enfim, parceiros que possam contribuir para a inclusão social dos sujeitos usuários de substâncias psicoativas (BRASIL, 2015).

Ou seja, o trabalho no CAPS AD III requer ações intersetoriais, as quais consistem na articulação de saberes e experiências no planejamento e também na realização e avaliação de ações para obter efeito de coesão em situações complexas visando o desenvolvimento social, de forma a superar o preconceito e por consequência a exclusão social<sup>9</sup> (BRASIL, 2012a; KINOSHITA et al., 2016).

Porém, como este conceito de “estragado” sobre o usuário de substâncias psicoativas é milenar, passado de gerações a gerações há fortes resistências para sua transformação. A sociedade precisa evoluir quebrando seus paradigmas para que venha assumir, aceitar e acolher o que ela mesma produz.

*[...] além do vício tem o problema social, a sociedade empurra para vício, para as recaídas alimentam o vício, ao mesmo tempo que recrimina, discrimina e*

---

<sup>9</sup> Exclusão é a privação ou exclusão de determinadas funções. A exclusão social implica, pois, numa dinâmica de privação por falta de acesso aos sistemas sociais básicos, como família, moradia, trabalho formal ou informal, saúde, entre outros (BRASIL, 2014).

*estigmatiza, esta hipocrisia me faz mal!* (T18).

*[...] alguns serviços da rede de saúde e social do município ainda têm aquele pensamento/cultura do manicômio, onde tudo que macula a sociedade vamos tirar do meio, internar no CAPS AD III [...] somos criteriosos não ficamos com ninguém que não atende ao que o serviço se destina ou se usuário não queira* (T16).

A sociedade diagnosticou e generalizou estes usuários como sujeitos marginais e criminosos. No entanto, sabe-se que o diagnóstico produz uma identificação que reúne um conjunto de sujeitos sob um significado, eliminando sua singularidade, possibilitando a produção de marcas decisivas na vida do usuário, visto que todo diagnóstico implica juízo de valor e, em decorrência, a discriminação (CIRINO, 2009).

Percebe-se que o trabalhador do CAPS AD III sofre pelo preconceito que a sociedade tem sobre o usuário e, é associado ao serviço, repercutindo no trabalho, nos trabalhadores e, nos usuários. Para Bard et al. (2016), vive-se em um território onde existem múltiplas disputas e políticas de diversos atores, onde todos seguem valores e concepções apontadas por normas moralistas, sendo as histórias de vida das pessoas ignoradas, postergadas a um segundo plano.

Acompanhando as atividades da assistência social, a qual solicita ao setor de infraestrutura da prefeitura, auxílio de madeiras para construção de uma pequena casa (três cômodos) para uma usuária, devido a mesma ter perdido tudo, mas ainda possui um terreno deixado pela mãe. Quer muito recomeçar sua vida. Conforme assistente social a usuária está trabalhando na casa de um familiar, mas quer ter seu próprio canto: *“estamos acompanhando ela faz uns dois anos e tem possibilidade de morar sozinha se sustentar, enfim ter sua vida, porém fazem 4 meses que solicito isso a Prefeitura sem sucesso”*. Acompanho o diálogo por telefone da assistente social e servidor responsável da secretaria de infraestrutura, *“quando digo que é do CAPS AD III, já mudam até de tom de voz”*. A assistente social relembra ou cobra a solicitação já feita inúmeras vezes ao servidor. Percebo que não tem sucesso novamente na solicitação, quando ela muda de tática e diz *“então irei orientar a usuária ir buscar este auxílio em outras instâncias tipo televisão, rádio”*. O servidor então solicita que aguarde até a semana seguinte que irão tentar resolver, desligam o telefone. *“Não sei quantas vezes já liguei, solicitei, implorei. Sei que estão auxiliando pessoas que tem muito menos necessidade, mas como estamos em período eleitoral talvez minha tática de resultado”*, e conclui *“é muito penoso isso, ao mesmo tempo, de uma alegria imensa quando conseguimos resultados”* (O. 30/06/2016 tarde).

O desvio que ocorre entre o prescrito, ou seja, o que é de direito do usuário, e o real (o preconceito), suscitam nos trabalhadores do CAPS AD III sentimento de angústia, impotência e sofrimento no trabalho. Porém, esses sentimentos podem ser fonte de alegria, prazer e de saúde, visto que deles provém a satisfação dos desejos e necessidades, quando do confronto bem-sucedido com os conflitos e contradições gerados pela organização do trabalho.

Assim, para que o sofrimento seja convertido em prazer, os trabalhadores têm de

poder arbitrar sobre a defasagem apresentada e encontrar por meio de sua inventividade, criatividade e engenhosidade, os meios necessários para a resolução dos problemas e/ou empecilho encontrados (FACAS; MACHADO; MENDES, 2012).

Ao transformar seu sofrimento em luta pela garantia dos direitos dos usuários o trabalhador do CAPS AD III estará contribuindo com funcionamento ético e humanizado do serviço o que para os trabalhadores é fonte de prazer. Uma vez que nas palavras de Dejours (2012a), o trabalhar é se experimentar e se transformar, o prazer é, nesse sentido, derivado das operações de subversão do sofrimento.

Outra questão, refere-se que o preconceito existe entre os próprios trabalhadores do serviço:

*[...] pouca compreensão dos colegas para com usuário me incomoda, a forma em que trata em que fala com usuário, comentários impróprios, preconceituoso, autoritários [...]* (T12).

*A falta de postura de ética, o preconceito e algo que me incomoda [...] a sociedade não acredita, exclui os usuários, nós devemos acolher e acreditar numa nova possibilidade [...]* (T21).

Acompanho uma trabalhadora da enfermagem observa-se como ocorre a interagindo com o usuário que lhe pede um cigarro. Ela o trata com tom de voz alto até vezes agressivo, intolerante as necessidades e/ou limitações que o usuário apresenta, sem nenhum vínculo. Ele sai da sala de forma agitada pela forma em que foi tratado. Alguns trabalhadores deste setor agem de forma ríspida com os usuários: “*aqui de novo*”; “*já te disse não vou mais repetir*”; “*o que é que você quer agora*”; “*esse aí não tem jeito só recai*”; “*deita lá quieto senão não te dou o cigarro*”; “*vem aqui só para comer, tomar banho e ganhar roupa*”. Quando perguntados informalmente se gostam de trabalhar no CAPS AD? As respostas se resumem “*é perto de casa*” outro “*posso trabalhar em outro emprego*”. Pergunto por que escolheram o CAPS AD III para trabalhar? “*Não escolhemos onde tem necessidade a Secretaria de Saúde vai colocando a gente*”. Falo de capacitação, educação continuada, a resposta foi: “*específico, não tivemos nada, algumas coisas na reunião de equipe*” (O. 23/06/2016 tarde).

A atitude repressiva que enfatiza a droga, tem como efeito a baixa resolutividade na atenção ao usuário. Para seguir apostando nos usuários, é necessário que o trabalhador o escute e acolha seu vício independentemente dos aspectos legais envolvidos. Trabalhar com saúde pública e drogas significa aceitar que o consumo ocorre, que nem sempre o consumo leva à dependência e que há diferentes riscos ligados ao uso de drogas (NARDI; RIGONI, 2009).

As atitudes autoritárias levam a comportamentos também autoritários e mutilantes, fato que não se incorpora aos preceitos e as ideologias atuais, os quais mobilizam o modelo de atenção psicossocial no sentido de priorizar relações mais igualitárias de valorização do

sujeito e de suas potencialidades (AMARANTE, 2013).

A atenção psicossocial traz para a prática cotidiana dos trabalhadores novas frentes de intervenção, abre caminhos para relações mais democráticas em que os usuários e trabalhadores possuem competências que vão se entrecruzando e, dentro desse espaço relacional, é que os saberes e práticas vão se compondo e possibilitando mudanças de crenças e valores (UCHIDA et al., 2011).

Para que isso ocorra, os trabalhadores do CAPS AD III têm de estar aberto a mudanças de forma a romper com os conceitos, impostos pela sociedade a qual faz parte em relação ao usuário de substâncias psicoativas. Por outro lado, alguns trabalhadores podem ter dificuldade de se adaptar a esse cenário de trabalho por trazer consigo uma história de vida, que poderá emergir diante da singularidade de cada usuário e das adversidades que o trabalho neste serviço os proporciona. Estas adversidades podem ser vistas e processadas pelo trabalhador de forma positiva e/ou negativa.

Mendes e Araújo (2012) e Dejours (2009) apontam que conforme a situação vivenciada no trabalho, o trabalhador reagirá de acordo com suas experiências subjetivadas, pois é na realidade de trabalho que o trabalhador encontra o cenário propício para descobertas e para autoconhecimento.

Nesse sentido, o trabalhador, ao vivenciar o CAPS AD III, traz toda sua subjetividade ao se deparar com o dia a dia do serviço e reage de forma afetiva. Sendo que percepções estigmatizantes e estereotipadas podem afetar a motivação do trabalhador para lidar com o problema do usuário.

Consequentemente, um trabalho sem motivação, carregado por preconceitos, torna-se um trabalho desgastante, sendo necessário que a organização do trabalho possibilite o desejo de produzir algo novo, que motive o potencial criativo do trabalhador.

#### 5.2.2.4 Limitações da Rede de Atenção a Saúde (RAS)

As Redes de Atenção à Saúde são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo das RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2010).

Dentre os desafios e iniciativas da Reforma Psiquiátrica está a inserção da saúde mental dentro da RAS, mais especificamente na atenção básica em saúde. Segundo Delfini et al. (2009), apesar dos frequentes debates sobre os cuidados em saúde mental na atenção primária, ainda são poucos os estudos que abordam a sua implementação. Em uma pesquisa realizada na Bahia por Nunes, Jucá e Valentim (2007), concluíram que ainda há uma grande lacuna entre as diretrizes propostas pela política de saúde mental e as práticas realizadas pelos profissionais.

A operacionalização de uma rede de cuidados e o desenvolvimento de ações estendidas ao espaço social mais amplo tem encontrado impasses, que conforme relato dos trabalhadores do CAPS AD III tem ocasionado angústia e sofrimento.

*As equipes das UBS/ESFs se dizem não estar preparados para atuar com famílias e muito menos com os usuários [...] isso é algo que angustia (T16).*

*[...] não conseguimos dar alta pra os usuários porque a atenção primária diz não poder acompanhar (T19).*

A inserção de práticas com usuários de substâncias psicoativas e família na atenção básica, comprova a busca pela regionalização e redirecionamento do cuidado, na lógica de atenção integral e humanizada aos usuários, em articulação com trabalhadores e serviços já inseridos nos territórios.

O uso de substâncias psicoativas é considerado pela sociedade atual como um mal, algo que precisa ser combatido. Nessa direção, o usuário é considerado perigoso, vagabundo, criminoso, não sendo aceita a sua circulação e convivência nos lugares públicos. Essa exclusão tem sido uma das dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores para articular estratégias de cuidado junto a outros serviços de saúde da rede.

Reunião de equipe, neste dia estava presente a coordenadora municipal de Saúde Mental municipal. Quando um trabalhador levanta a dificuldade de ter informações da atenção básica sobre familiares de três usuários que estão em acompanhamento no CAPS AD III. “A gente liga pede que façam uma visita, aliás nas três unidades tem ESF, então precisa que a ACS faça um breve relato da família, se eles estão morando mesmo com a família, se o que esta nos falando e verdade, dizem ter medo de lidar com esse povo”. Os outros trabalhadores da equipe concordam com a colega, quanto à dificuldade, de ajuda, da rede. A coordenadora municipal concorda com esta dificuldade e diz que a Secretaria de Saúde através de um projeto municipal Grupo de Desenvolvimento Humano (GDH), esta capacitando trabalhadores da rede. Outra trabalhadora fala “não conseguimos dar alta para os usuários, pois não temos a quem referenciá-los, quem acompanhe, apóie na rede”. Percebe-se a angústia da equipe, pois todos queriam falar sobre alguma situação que vivenciaram nos entraves da rede. A equipe levanta da necessidade do matriciamento, que no município não tem e precisa do engajamento de todos da

rede. O coordenador local relata que estão dando início, experienciando os primeiros matriciamentos visando à alta do usuário, a equipe se manifesta de formas opostas alguns apoiando outros falam baixinho uns com os outros, *“isso não dará certo, como vão enfrentar a crueldade da sociedade”*. Relatam que isso dificulta o trabalho o resultado do trabalho e fere o que propõe-se um CAPS AD e a própria saúde mental como um todo (O. 28/06/2016 tarde).

Pande e Amarante (2011) afirmam que as relações no interior do CAPS muitas vezes se apresentam de maneira opostas, ou seja, ora os trabalhadores do CAPS têm a preocupação em proporcionar trocas com a comunidade, ora se fecham em si próprios. Ressaltam a cidadania dos usuários, porém compreendem que devem protegê-los dos males sociais.

Para Guedes (2014) a alta do usuário do serviço consiste na liberdade, ou seja, a possibilidade de autonomia e cidadania dos usuários. O autor também relata em seu texto, que a segregação se traduz na conservação das antigas práticas defensoras de que somente um local é capaz de dar conta da atenção em saúde mental, limitando o usuário ao CAPS, negando-lhe a possibilidade de vida autônoma.

Para isso, Lucchese et al. (2009) e Dimenstein et al. (2009) apontam sobre a importância do matriciamento como estratégia em saúde mental, além de aumentar a resolubilidade, este faz uma aproximação entre o CAPS e a ESF amplia o potencial desses serviços como agenciadores de novos modos de cuidado.

Diante de tal cenário, reconhece-se o sofrimento do trabalhador do CAPS AD III frente às limitações da RAS. Sendo que o trabalhador do CAPS AD III busca encontrar alternativas em equipe para reinserção do usuário na sociedade (escolas, trabalho, comunidade, laços familiares, etc.), dando autonomia ao usuário e corresponsabilizando a família no cuidado e no suporte.

Diante deste cenário o trabalhador do serviço mobiliza seus recursos internos e coloca em ação sua criatividade, manifesta-se uma inteligência que é guiada pelo sofrimento (inteligência prática), pois através do sofrimento que se institui da solução para aquilo que causa angústia (DEJOURS, 2011a, 2012b).

Entende-se que os desafios giram em torno do trabalho de rede, projetado, com a corresponsabilidade e alternativas em conjunto (trabalhador/equipe, usuário, família e comunidade). Para isso, é preponderante a articulação e envolvimento dos gestores municipais com os serviços e trabalhadores da RAS, na busca de um trabalho integrado com todas as instâncias e setores, garantindo os direitos dos usuários e usando de Políticas Sociais que confronte o serviço/setor, que exclui.

Neste sentido, Glanzner, Olschowsky e Kantorski (2011), expõem que é importante

considerar que o trabalho em saúde é uma prática coletiva que tem como fim a promoção da saúde das pessoas, suas famílias e comunidade, sendo que este trabalho deve estar pautado nas relações entre os trabalhadores da rede e a sociedade.

O trabalho no CAPS AD III é repleto por exigências e desafios que também são originados das dificuldades com a RAS, causando impactos na subjetividade dos trabalhadores do serviço, repercutindo, sobretudo, em suas vivências de prazer e sofrimento no trabalho. Dejours (2015) coloca com propriedade, o prazer e o sofrimento são indissociáveis e fazem parte do mundo do trabalho.

### 5.3 ESTRATÉGIAS DE DEFESAS DO SOFRIMENTO DOS TRABALHADORES DO CAPS AD III

#### 5.3.1 Categoria analítica – Estratégias de defesas do sofrimento no trabalho no CAPS AD III

As estratégias de defesa, também chamadas de estratégias defensivas, podem ser definidas como recursos construídos pelos trabalhadores de forma coletiva e individual. Essas estratégias têm como finalidade minimizar a percepção do sofrimento no trabalho e funcionam através de recusa da percepção daquilo que faz o trabalhador sofrer (MORAES, 2013). A autora relata que essa eufemização do sofrimento fornece ao psiquismo uma proteção que torna possível aos trabalhadores permanecerem no plano da normalidade a fim de continuar trabalhando.

Para Dejours (2012b) a análise das estratégias possibilita a compreensão do domínio da normalidade sobre a doença mental em contexto de trabalho marcados por adversidades, revelando que os trabalhadores não ficam passivos, mas buscam recursos para lidar com o sofrimento e evitar a descompensação.

Dejours (2011b) também relata que as estratégias defensivas são balizadas pela sutileza, engenhosidade, diversidade e inventividade, fazendo com que o sofrimento seja suportado.

As estratégias de defesa podem ser coletivas ou individuais. Embora o sofrimento seja uma vivência individual, os trabalhadores podem construir estratégias coletivas que dependem do consenso do grupo para funcionar como regra de conduta. As estratégias são importantes por fornecerem proteção ao trabalhador, entretanto, possuem um caráter reativo, pois são estruturadas a partir da necessidade de se defender de algo que o faz sofrer.

Cabe salientar que o tema substâncias psicoativas apresenta um potencial mobilizador de estratégias de defesas coletivas na equipe. Como sujeitos sociais, os trabalhadores estão suscetíveis aos preconceitos morais relacionados ao uso de substância. Esses preconceitos são advindos do contexto sociocultural.

Com isso, o distanciamento, a falta de engajamento legítimo com a causa e a carência de empatia podem aparecer na equipe se o tema não for trabalhado de forma transparente para que todos consigam entender e assimilar.

Concorda-se com Almeida et al. (2015) que o problema na área da saúde está na prática da insensibilidade, visto que o exercício constante da insensibilidade degrada a empatia em um atendimento humanitário.

O próprio conteúdo que o sofrimento do usuário e família relaciona ao uso de substâncias psicoativas é ansiogênico porque está presente no dia a dia dos trabalhadores. As defesas são traduzidas na prática de trabalho como estratégias de intelectualização ou racionalização, ou seja, uma forma de recorrer à aspectos técnico-científicos em supremacia como forma de evitar a ansiedade da autorreflexão e reexame (ALMEIDA et al., 2015).

Uma forma muito clara de estratégia de defesa coletiva, está no modo de os trabalhadores se organizarem conjuntamente quando há o objetivo comum de eliminarem o custo negativo que o trabalho lhes impõe. Para serem utilizadas, essas estratégias necessitam da existência de cooperação oriunda da confiança e solidariedade entre os colegas. Isso permite chegar a um denominador comum, ou seja, um espaço público de discussão para que possam expressar coletivamente seu sofrimento (ANJOS et al., 2011).

As estratégias individuais são mecanismos que os trabalhadores utilizam, muitas vezes de modo inconsciente, para negar seu próprio sofrimento e o sofrimento do outro no trabalho, ou para racionalizar o sofrimento e o custo humano no trabalho (MENDES; MARRONE, 2011).

Na análise das entrevistas dos trabalhadores do CAPS AD III e nas observações embasando-se na Psicodinâmica do Trabalho emergiram as *estratégias de defesas individuais e coletivas* as quais estão expostas na sequência.

#### 5.3.1.1 Estratégias de defesas individuais – racionalização

O CAPS AD III se configura como instituição inovadora, um espaço de interlocução, um dispositivo que tem seu funcionamento marcado pela integralidade, cidadania e

interdisciplinaridade, buscando atender às demandas dos usuários do serviço e criando novos modos de cuidar. Para isso, o trabalhador deste serviço tem de se modificar e adaptar-se ao novo modo de fazer.

Como já abordado, as instituições de ensino, seja superior ou técnica carecem de uma abordagem menos técnica e mais relacional, pois nos serviços psicossociais o usuário participa da produção do seu plano terapêutico. Para isso ele tem de ser ouvido e as suas demandas acolhidas. É compreensível que o trabalhador, quando é destinado para atuar nestes serviços, se sinta inseguro e até mesmo desafiado. Por isso, utiliza-se da racionalização como estratégia de proteção para conter o sofrimento.

*[...] os primeiros meses de trabalho foi sofrido, desafiador por conta de entrar numa política nova, fui estudar, ler [...] hoje se tenho dificuldade continuo recorrendo a leitura [...] (T9).*

*[...] tive medo no início, mas fui me soltando, ouvindo, e vendo que o usuário é igual a qualquer outro, porém com demandas diferentes [...] hoje quando fico inseguro reflito sobre a situação [...] (T10).*

Como forma de enfrentar o desconhecido, o novo, alguns trabalhadores do serviço buscam individualmente se aprimorar, aprender, de forma a se adaptar às normas, à política e às demandas dos usuários. Percebe-se que o trabalhador buscou estratégias como forma de evitar o sofrimento. Essas estratégias individuais foram exitosas de forma que, mesmo com o passar do tempo, são reproduzidas.

Tais estratégias defensivas, mesmo que usadas ocasionalmente, se constituem em práticas sociais e culturais implantadas a partir das relações com os outros. As táticas individuais ganham força quando o coletivo de trabalho apresenta-se frágil. Cada vez mais requisitadas, as estratégias defensivas de racionalização do sofrimento por meio de uma dinâmica alienante com a organização do trabalho (ANJOS et al., 2011).

Os trabalhadores apontaram utilizar a estratégia de negação e a racionalização como aliadas para o alívio do seu sofrimento. Ao utilizar essas estratégias “relaxam” do trabalho, compensando com atividades de lazer e outras habilidades que lhes proporcionam prazer conforme pode ser percebido nas falas a seguir:

*[...] é desgastante trabalhar com este público, ele sai daqui bem, volta muito recaído [...] mas penso que bom que posso ajudar, estou do outro lado (T6).*

*[...] saio aqui do serviço às 13 horas às vezes muito cansado, desgastado [...] mas penso que sou privilegiado, até pelo meu horário de trabalho (T5).*

*[...] minha grande fonte de relaxamento são as aulas de artesanato, relaxo, esqueço e elaboro os acontecimentos, é meu momento de refúgio, de reflexão [...]* (T19).

Trabalhadores do CAPS AD III se utilizam da racionalização como defesa para compreender seu trabalho, dando um sentido às suas experiências, compreendendo de modo coerente, buscando transformar aquilo que lhes causa angústia.

Nesse sentido, as estratégias de proteção são importantes para aliviar a angústia e o sofrimento do trabalhador do CAPS AD III. Essas estratégias são usadas para tolerar a angústia que o trabalho pode produzir. Elas abrandam a ansiedade e permitem uma organização interna para enfrentar a carga psíquica do trabalho.

Uchida (1998) refere que as defesas de proteção podem surgir da imprevisibilidade e do estresse do trabalho. Para enfrentá-lo, os trabalhadores realizam atividades fora do trabalho como forma compensatória do prazer abdicado.

O uso de estratégias de defesas individuais pelos trabalhadores do CAPS AD III constitui-se em mais uma alternativa que utilizam para enfrentar as vivências de sofrimento e ressignificá-lo. Percebe-se que neste cenário, mesmo tendo um “coletivo de trabalho”, os trabalhadores têm estratégias peculiares a sua individualidade, as quais tem sido eficazes, pois não encontrou-se nenhum atestado por doença ocupacional no último ano (julho 2015 a julho 2016), assim como os trabalhadores não têm faltado ao serviço.

### 5.3.1.2 Estratégias de defesas coletivas – empatia e cooperação

As relações “do coletivo” aparecem como centrais na defesa do enfrentamento do sofrimento. Essas relações são expressas na produção da afetividade e na resistência em sua organização. Isso ocorre porque trabalha-se não somente para si, mas também pelos outros (FERREIRA, 2010).

Nesse sentido, os trabalhadores do CAPS AD III frente às vivências de sofrimento, mesmo sendo individuais, se associam, se identificam, são empáticos com o colega e se apóiam. Já como forma de proteção contra o sofrimento, a coletividade coopera para o estabelecimento de estratégias coletivas de defesa, as quais compõem-se como mais eficazes do que as individuais. São através das estratégias coletivas que os trabalhadores buscam modificar, transformar ou minimizar a percepção da realidade que os faz sofrer.

Algumas estratégias são advindas das trocas, dos desabafos, que ocorrem como um acordo entre os trabalhadores, o momento de chimarrão ou cafezinho na cozinha. Conforme descrito na observação:

Por vários dias observou-se a cozinha como local de entrada e saída de trabalhadores constantemente. Ao acompanhar a dinâmica do que ocorria neste local além do café e do chimarrão, observou-se que a reunião de trabalhadores na cozinha ocorria no início e do meio para o fim do turno de trabalho. No início do turno conversavam sobre as atividades do dia, atendimentos, troca informações de algum usuário usuários, e conversas sobre amenidades de suas vidas particulares. Já no meio do turno entram para tomar um cafezinho, chimarrão e desabafar sobre alguma situação que vivenciou no período, “*preciso dar um tempo aqui para continuar*” relato de uma trabalhadora que estava fazendo grupo, neste momento estão na cozinha quatro trabalhadores. Os outros também expõem: “*hoje a recepção está punk, estou exausta em três horas de trabalho*”; a outra trabalhadora diz “*isso que vocês não estão com paciente ‘X’ esta difícil de trabalhar com ele*”. Este é um momento que fazem trocas no sentido de se ajudar. Ficam no ambiente por entorno de 10 minutos e retornam as atividades. Assim sucessivamente vai ocorrendo com outros trabalhadores. No final do dia é o momento onde ocorre o maior contingente de trabalhadores na cozinha, relatam sobre as dificuldades do dia, mas também sobre situações de satisfação, conquistas. Percebo a admiração o reconhecimento dos colegas com as situações difíceis que conseguiram contornar “*você é muito boa nas oficinas, consegue acalmar os pacientes nas atividades e nas conversas com eles*”. A mesma dinâmica ocorre em ambos os turnos manhã e tarde (O. 29/06/2016 manhã/tarde).

As estratégias de defesas funcionam como uma combinação entre os membros da equipe. Nos relatos dos entrevistados percebe-se isso:

*[...] a equipe é muito boa, brincamos, damos risadas, nos ajudamos, e também montamos estratégias para nos proteger [...]* (T10).

*[...] me alivio das demandas dos usuários, das famílias e dos próprios conflitos de relações aqui dentro, nas trocas/conversas com outras colegas, no tomar um café na cozinha [...]* (T14).

*[...] as relações com as colegas discussão, trocas, desabafos são muito boas [...] estamos sempre em movimento para mudanças naquilo que entendemos não estar adequado ou que nos incomoda [...]* (T11).

Outro momento e espaço utilizado é a reunião de equipe. O serviço se organizou de forma que fecha sua porta de entrada para atendimento externo. Assim todos os trabalhadores participam da reunião. Isso vem ocorrendo desde que iniciou o serviço em 2013. Este é um espaço que os trabalhadores conquistaram e que tem liberdade de fala conforme relatos a seguir:

*[...] as reunião de equipe é um espaço livre onde podemos falar, sugerir, reclamar acho este espaço muito bom e proveitoso [...]* (T6).

*[...] podemos falar, discutir situações, pedir ajuda, estudar juntos, para melhor atender o usuário e também diminuir nossos preconceitos [...] entender e compartilhar em equipe que o usuário é um sujeito livre* (T19).

*[...] é um espaço, momento muito bom. É aí que discutimos varias situações [...] é a hora que desaceleramos e organizamos ou reorganizamos juntos a condução do serviço, que deve estar centrado na equipe e não no médico [...], estudamos as diretrizes do serviço segundo o Ministério da Saúde e adaptamos, mas fazemos isso juntos num consenso (T12).*

*[...] momento de desabafo e de fortalecimento. Aprendi aqui com a equipe o que é redução de danos [...] quando alguma situação fora do nosso controle esta nos angustiando, convidamos ou chamamos pessoas que tem o conhecimento ou até com não tem o conhecimento para explicarmos o que é o CAPS AD III, foi o que aconteceu com o Ministério Público devido as internações compulsórias; com a coordenadora municipal de Saúde Mental devido as entraves na RAS e os leitos que o CAPS II usa aqui como se fosse internação para os usuários descompensados ou em crise. Frente às respostas traçamos condutas quanto equipe e organizamos o serviço [...] (T12).*

O espaço de reuniões de equipe no CAPS AD III caracteriza-se como um espaço para que o trabalhador possa se expressar, ouvir, fazer trocas e se relacionar. Para que haja esse espaço de discussão, a identificação com o colega é um referencial essencial da sua localização social (ANJOS et al., 2011). Os trabalhadores do CAPS AD III, por meio das estratégias defensivas individuais ou coletivas, enfrentam o sofrimento, buscando modificar os aspectos que podem fazê-los sofrer.

Desse modo, apesar de o sofrimento ser um sentimento individual, pode ocorrer no âmbito coletivo; o sofrimento coletivo ocupa posição central na abordagem da Psicodinâmica do Trabalho, em função de o trabalhador estar instituindo uma nova forma de cuidar os usuários de substâncias psicoativas que vem se confrontando aos conceitos da sociedade e de alguns trabalhadores do serviço.

Considera-se que tanto a reflexão, pensar o porquê e o como fazer no individual e no coletivo, quanto à forma de desenvolver o trabalho considerando a singularidade de cada usuário, podem ser gratificantes e definem como trabalhar no CAPS AD III. Para o trabalhador, a reunião de equipe é uma grande aliada para falar, ouvir e construir essa nova forma de trabalhar.

Com isso, constata-se que o trabalho no CAPS AD III não é gerador de sofrimento patológico, visto que os trabalhadores ao lançar mão das estratégias de defesas, sejam elas individuais, coletivas ou ambas, tem contribuído para subverter, ressignificar e transformar as situações que geram o sofrimento em satisfação e prazer no trabalho. Esse prazer vem refletindo na saúde do trabalhador e no cuidado aos usuários de substâncias psicoativas.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que a Reforma Psiquiátrica vem contribuindo para a construção de um modelo de atenção psicossocial direcionado para usuários de substâncias psicoativas, especialmente por meio dos CAPS AD. Estes serviços preconizam o cuidado prestado em equipe multiprofissional, utilizando como tecnologia fundamental, a relacional, na busca da atenção em saúde aos usuários em todas as suas dimensões. É nesse processo que o CAPS AD III de Chapecó, o único do Estado de Santa Catarina e cenário desse estudo, se configura como instituição inovadora, um espaço de interlocução, um dispositivo que tem inventado novos modos de cuidar.

O trabalho em CAPS AD III requer dos trabalhadores a incorporação de novos conhecimentos, mudanças socioculturais e o compromisso de garantir uma atenção à saúde pautada na importância da subjetividade, no estabelecimento de vínculos e responsabilização pelo cuidado do usuário e sua família.

Esta tese partiu do pressuposto de que o trabalho nesse modelo repercute em prazer e/ou sofrimento aos trabalhadores. Nesse contexto emergiu o objetivo desta tese em “analisar o prazer e sofrimento de uma equipe de CAPS AD III, na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho”. A pesquisa utilizou este referencial teórico pela valorização da singularidade do trabalhador na sua relação com o trabalho e com a sociedade, entre outras contribuições teóricas da abordagem dejouriana.

Os achados da investigação sinalizam que a organização do trabalho no CAPS AD III é dinâmica e complexa, contudo os trabalhadores sinalizaram que a autonomia para organizar o processo de trabalho, especialmente nessa realidade tem sido fonte importante de prazer. Outra característica importante desse serviço é que a maioria dos trabalhadores são concursados/estatutários, o que é um predito de prazer, uma vez que há estabilidade no trabalho, o que mobiliza a melhor organizar e pensar as atividades do serviço, evitando a rotatividade, permitindo que o trabalhador atue de forma mais segura, criando vínculos com a equipe e com os usuários. Como afirmam os entrevistados “*não estamos de passagem*” e, isso repercute em prazer naquilo que fazem.

Ainda, o prazer trabalho no CAPS AD III se dá na coordenação participativa, pela possibilidade/liberdade de inventar/criar seu modo de fazer, pela cooperação entre os trabalhadores, pelo reconhecimento do trabalho realizado e pela identificação com a área de atuação. Essa liberdade no trabalho, traduzida em autonomia para o trabalhador, o que culmina em prazer e inovação na forma de trabalhar, como requer a singularidade desse

contexto assistencial é permeada por ações focalizadas nas tecnologias relacionais.

Destaca-se que o reconhecimento do trabalho expresso pelo “bom trabalho”, pelo “trabalho milagroso”, para além do prazer e satisfação, tem fornecido qualidade e autorrealização, isso pode contribuir de sobremaneira com as lutas contra o modelo manicomial no Brasil.

As fontes de prazer expressas pelos trabalhadores revelam que o trabalho do CAPS AD III configura-se como solidário, há cumplicidade entre os trabalhadores, o que favorece o enfrentamento das adversidades e permite fazer frente às necessidades cotidianas do organizar e produzir.

Contudo, os trabalhadores apontam que as relações também podem gerar sofrimento, quando estas são conflituosas em decorrência das diferentes áreas de formação e atuação quanto à defesa da sua formação e sua especialização como tendo de maior importância do que as outras áreas. Bem como na omissão da coparticipação da família no cuidado e no tratamento dos usuários que lutam contra a dependência de substâncias psicoativas, o que requer múltiplos esforços.

O sofrimento, também emergiu da idealização que trabalhadores têm sobre o trabalho, ou seja, o conflito entre o ideal e o real. Isso se expressa, majoritariamente no encontro com as necessidades dos usuários, permeadas pela falta de moradia, trabalho, lazer, relações comprometidas e pelo estigma que enfrentam. Essas vivências mobilizam a subjetividade dos trabalhadores, os quais se deparam com o resultado de um trabalho que não corresponde ao seu esforço, ao seu investimento, o que lhes causa frustração.

O preconceito e estigma em relação aos usuários de substâncias psicoativas, que cotidianamente acompanham o trabalho do CAPS AD III, repercutem nos trabalhadores e nos usuários. As falas dos entrevistados revelam que há um descrédito social, as ações são desvalorizadas, como se a assistência a esse “tipo” de usuário fosse de menor importância/magnitude, desmotivando-os. Entende-se que, um trabalho sem motivação, permeado por preconceitos, torna-se um trabalho desgastante, sendo necessário que a organização do trabalho possa possibilitar o desejo de produzir algo novo, que motive o potencial criativo do trabalhador.

Ainda, a operacionalização da RAPS tem encontrado impasses e tem ocasionado angústia e sofrimento nos trabalhadores, bem como dificultado os avanços dos diferentes CAPS. O mesmo ocorre com o funcionamento da RAS, a qual não percebe o usuário na sua singularidade. Identificou-se que nos serviços da Rede ainda há o predomínio da identidade estigmatizante de vagabundo, marginal, negando os direitos de cidadão e de viver em

sociedade a muitos desses usuários. Soma-se a isso o confronto cotidiano do modelo biomédico/asilar, ainda valorizado pelos serviços.

Para enfrentamento dessas situações conflitantes, os trabalhadores do CAPS AD III mobilizam-se de forma individual e coletiva, buscando desenvolver estratégias defensivas para o enfrentamento do sofrimento no trabalho. Este (sofrimento) é compreendido como um sinal de alerta, percebido como custo humano pelo trabalho realizado, entendido na ótica da Psicodinâmica como aquele despendido pelos trabalhadores nas esferas física, cognitiva e afetiva diante das contradições existentes no contexto de trabalho.

Nessas situações de sofrimento os trabalhadores recorrem às estratégias defensivas. Entre elas, destacaram-se as estratégias defensivas individuais de racionalização, negação e proteção utilizadas pelos trabalhadores para enfrentarem o desafio do atuar neste espaço e com um público/usuários que “não se aprender a lidar nos bancos escolares”. Tais estratégias possibilitaram o entendimento e respeito às escolhas dos usuários, segundo os trabalhadores, permitindo-os melhor ressignificar seu sofrimento.

Por outro lado, os trabalhadores do CAPS AD III também recorrem a estratégias coletivas, se “associam”, se identificam, são empáticos com o colega e se apóiam. Os momentos de cafezinho e chimarrão são também de trocas, desabafos e combinações. Estas têm funcionado como uma estratégia potente frente aos contratemplos do trabalho.

Porém, a estratégia mais valorizada pelos trabalhadores é a reunião de equipe, momento para externalizar, compreender, refletir e ressignificar as vivências de sofrimento em grupo e pelo grupo.

Reconhece-se, portanto, que as estratégias utilizadas, sejam elas individuais ou coletivas, têm sido exitosas, visto que a utilização da “inteligência prática”, utilizadas pelos trabalhadores do CAPS AD III, tem possibilitado a transformação do sofrimento.

Cabe, no entanto, reconhecer, que o estudo possui limites ao não incluir uma maior diversidade de CAPS AD III e de outras modalidades de CAPS.

Percebe-se que os resultados implicam também na formação dos trabalhadores, visto que é no dia a dia que se constrói o cuidado e as relações, necessitando um maior contato das instituições de formação e ensino com estes serviços através do ensino, pesquisa e extensão.

Nesse sentido, conclui-se enfatizando a necessidade de outras investigações e investimentos nas medidas que valorizam estes serviços, reconhecendo que seus trabalhadores e usuários são singulares, o que também potencializa os princípios idealizadores da Reforma Psiquiátrica, e vai ao encontro da promoção da saúde do trabalhador de saúde, que cuida e precisa ser cuidado. Intui-se que a tese apresentada contribui para pensar medidas protetivas a

estes trabalhadores, numa perspectiva voltada à subjetividade dos atores sociais dessa realidade, que valorize aspectos da organização do trabalho, as condições de trabalho, mas especialmente o trabalhador do CAPS AD III.

## REFERÊNCIAS

- ALDERSON, M. La psychodynamique du travail: objet, considerations épistémologiques et premisses théoriques. **Santé Mentale au Québec**, Érudit, Canadá, v. 29 n. 1, p. 243-60, 2004.
- ALMEIDA, T. D. et al. A formação de residentes em saúde mental e em psiquiatria na prática com sujeitos psicóticos usuários de drogas no Cersam Leste. **Anais...** V Congresso Internacional sobre Drogas, II Seminário de Pesquisa e Extensão em Álcool e Drogas, São João Del Rei, 2015. 22 p. Disponível em: <<http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/eventoad/ANAISVCIDIISEPEAD.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2017.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.
- ANJOS, F. B. D. et al. Trabalho prescrito, real e estratégias de mediação do sofrimento de jornalistas de um órgão público. **Rev. Eletr. Sist. Gestão**, v. 6, n. 4, p. 562-82, 2011. Disponível em: <<http://www.revistasg.uff.br/index.php/sg/article/viewFile/V6N4A11/V6N4A11>>. Acesso em: 18 fev. 2017
- ARANTES, I. S.; SOUZA, I. F.; ALMEIDA, R. J. Avaliação da satisfação profissional de trabalhadores em saúde mental: espaço para a saúde. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, Londrina, v. 17, n. 1, p. 92-100, jul. 2016.
- ATEFI, N. et al. Factors influencing registered nurses perception of their overall job satisfaction: a qualitative study. **Int. Nurs. Rev.**, v. 61, n. 3, p. 352-60, 2014.
- ATHAYDE, V.; HENNINGTON, E. A. A saúde mental dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 983-1001, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n3/08.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2015.
- AUGUSTO, M. M.; GONÇALVES, L. G.; MENDES, A. M. Vivências de prazer e sofrimento no trabalho de profissionais de uma fundação pública de pesquisa. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 34-55, abr. 2014. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v20n1/v20n1a04.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2016.
- BARBOSA, S. P.; AGUIAR, A. C. Fatores influentes na permanência dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família em Ipatinga – MG, Brasil. **Rev. APS**, v. 11, n. 4, p. 380-8, 2008. Disponível em: <[file:///C:/Users/HP/Downloads/Fatores\\_influentes\\_na\\_permanencia\\_dos\\_en.pdf](file:///C:/Users/HP/Downloads/Fatores_influentes_na_permanencia_dos_en.pdf)>. Acesso em: 18 jan. 2017.
- BARD, N. D. et al. Estigma e preconceito: vivência dos usuários de crack. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, p. 1-7, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt\\_0104-1169-rlae-0852-2680.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-0852-2680.pdf)>. Acesso em: 28 fev. 2017.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edição 70, 2011. 229 p.
- BARROS, J. O. **A construção de projetos terapêuticos no campo da saúde mental: apontamentos acerca das novas tecnologias de cuidado**. 2010. 104 f. Dissertação (Mestrado em Ciências de Reabilitação) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

BENDASSOLLI, P. F. Reconhecimento no trabalho: perspectivas e questões contemporâneas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 1, p. 37-46, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v17n1/v17n1a04.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2016.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BOTTEGA, C. G. **Clínica do trabalho no sistema único de saúde: linha de cuidado em saúde mental do trabalhador e da trabalhadora**. 2015. 214 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

BRANCO, F. M. C. et al. Atuação da equipe de enfermagem na atenção ao usuário de crack, álcool e outras drogas. **J. Health. Sci. Inst.**, v. 31, n. 2, p. 161-5, 2013. Disponível em: <[https://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2013/02\\_abr-jun/V31\\_n2\\_2013\\_p161a165.pdf](https://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2013/02_abr-jun/V31_n2_2013_p161a165.pdf)>. Acesso em: 05 dez. 2016.

BRASIL. **Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Presidência da República, 2001. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm)>. Acesso em: 10 maio 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília, 2002a. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria\\_336.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_336.pdf)>. Acesso em: 30 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS nº 817, de 30 de abril de 2002**. Brasília, 2002b. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria\\_817.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_817.pdf)>. Acesso em: 30 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria SAS/MS n. 305, de 03 de maio de 2002**. Brasília, 2002c. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria\\_0305.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_0305.pdf)>. Acesso em: 30 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria GM n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. In: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. p. 125-136.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde, ed. 1).

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

\_\_\_\_\_. **Decreto 5.912, de 27 de setembro de 2006.** Regulamenta a Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006, que trata das políticas públicas sobre drogas e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2006. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/Decreto/D5912.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/Decreto/D5912.htm)>. Acesso em: 21 set. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da **Política Nacional de Humanização**. 4. ed. 1. reimp. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf)>. Acesso em: 12 set. 2016

\_\_\_\_\_. Casa Civil. **Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, 2011a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm)>. Acesso em: 12 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: 12 set. 2016.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria n. 130, de 26 de janeiro de 2012.** Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130\\_26\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html)>. Acesso em: 24 maio 2014.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012.** Brasília: CNS, 2012b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Guia do cursista: curso de prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 6. ed. Brasília: Senad-MJ/NUTE-UFSC, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia AD**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 100 p.

BUENO, M.; MACÊDO, K. B. A clínica psicodinâmica do trabalho: de Dejours às pesquisas brasileiras. **ECOS Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 2, n. 2, 2012.

CAVALHERI, S. C. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. **Rev. Bras. Enf.**, v. 63, n. 1, p. 51-7, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a09.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2017

CHAPECÓ. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Chapecó: Secretaria Municipal de Saúde, 2014a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Plano municipal de atenção à saúde mental**. Chapecó: Secretaria Municipal de Saúde, 2014b.

CIRINO, O. Diagnóstico e segregação. In: Diálogo álcool e outras drogas. **Revista de Psicologia, Ciências e Profissão**, v. 6, n. 6, p. 32-35, 2009.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 14, n. 54, p. 7-11, abr./jun. 1986.

\_\_\_\_\_. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT, Jean-François (Org.). **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**. São Paulo: Atlas, 1996. p. 150-173.

\_\_\_\_\_. **Conferências brasileiras: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho**. São Paulo: Fundap/EAESP/FGV, 1999.

\_\_\_\_\_. **A banalização da injustiça social**. 5. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2003.

\_\_\_\_\_. **Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Tradução Franck Soudant. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

\_\_\_\_\_. **O fator humano**. Tradução Maria Helena Stocco Betiol, Maria José Tonelli. 5. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

\_\_\_\_\_. Prefácio. In: MENDES, A. M. (Org.). **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisa**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

\_\_\_\_\_. Avaliação do trabalho submetido a prova real: crítica aos fundamentos de avaliação. In: SZNELWAR, L. I.; MASCIA, F. L. **Trabalho, tecnologia e organização**. São Paulo: Blucher, 2008.

\_\_\_\_\_. Entre o desespero e a esperança: como re-encantar o trabalho. Dossiê: Qual é o sentido do trabalho? **Revista CULT**, São Paulo, v. 139, n. 12, p. 49-53, 2009.

\_\_\_\_\_. Addendum da psicologia a psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. (Org.). **Christophe Dejours: da psicologia a psicodinâmica do trabalho**. 3. ed. rev. Tradução F. Soudant, S. Lancman e L. Sznelwar. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2011a. p. 57-123.

\_\_\_\_\_. Inteligência prática a sabedoria prática. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. (Org.). **Christophe Dejours: da psicologia a psicodinâmica do trabalho** Tradução Frank Soudant. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2011b. p. 381-407.

\_\_\_\_\_. A carga psíquica do trabalho. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 2011c. p. 21-32.

\_\_\_\_\_. **Trabalho vivo: sexualidade e trabalho** (Tomo I). Brasília: Paralelo 15, 2012a.

\_\_\_\_\_. **Trabalho vivo: trabalho e emancipação** (Tomo II). Brasília: Paralelo 15, 2012b.

\_\_\_\_\_. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2015. 168 p.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 2011. p. 119-45.

DEJOURS, C.; JAYET, C. A psicopatologia do trabalho e organização real do trabalho em uma indústria de processo – metodologia aplicada a um caso. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 2011. p. 67-118.

DEJOURS, C.; MOLINIER, P. O trabalho como enigma. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 127-39.

\_\_\_\_\_. O trabalho como enigma. In: LANCMANE, S.; SZNELWAR, L. (Org.). **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. 3 ed. rev. Rio de Janeiro: Fiocruz: Paralelo 15, 2011. p. 151-166.

DELFINI, P. S. S. et al. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1483-92, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a21v14s1.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em unidades de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 63-74, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n1/07.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

ERIKSON, E. H.; ERIKSON, J. **O ciclo da vida completo**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

FACAS, E. P.; MACHADO, A. C. A.; MENDES, A. M. A negação do saber operário no trabalho automatizante: análise psicodinâmica do trabalho de pilotos de trem de metro do Distrito Federal. **Revista Amazônica**, v. IX, p. 44-68, 2012. Disponível em: <<http://lpct.com.br/wp-content/uploads/2012/11/8-facasnega%C3%A7%C3%A3o-do-saber-oper%C3%A1rio.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2016.

FACAS, E. P.; SILVA, L. M.; ARAUJO, M. A. S. Trabalho. In: VIEIRA, F. O.; MENDES, A. N.; MERLO, A. C. (Org.). **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. Curitiba: Juruá, 2013.

FARIAS, X. H.; ARAUJO, M. D. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 429-39, 2010. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n2/18.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

FERREIRA, M. C. Chegar feliz e sair feliz do trabalho: aportes do reconhecimento no trabalho para uma ergonomia aplicada à qualidade de vida no trabalho. In: MENDES, A. M. (Org.). **Trabalho e saúde: o sujeito entre a emancipação e a servidão**. Curitiba: Juruá, 2010. p. 40-53.

FERREIRA, M. C.; MENDES, A. M. **Trabalho e riscos de adoecimento: o caso dos auditores fiscais da Previdência Social Brasileira**. Brasília: Edições LPA/FENAFISP, 2003.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. 321 p.

FREUD, S. **O mal-estar da civilização**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Obras Completas, v. XXI).

FRIEDMAN, G.; NAVILLE, P. **Traité de Sociologie du Travail**. Paris: Armand Colin, 1962.

GLANZNER, C. H. **O descompasso entre o trabalho real e o prescrito: prazer e sofrimento dos profissionais das equipes de Saúde da Família no Grupo Hospitalar Conceição**. 2014. Tese. 217 f. (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

GLANZNER, C. H.; OLSCHOWSKY, A.; KANTORSKI, L. P. O trabalho como fonte de prazer: avaliação da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 3, p. 716-21, 2011. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/69696/000783464.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 15 abr. 2015.

GOMES, D. J.; SANTOS, K. O. B.; ARAÚJO, T. M. Condições de trabalho e de saúde de trabalhadores em saúde mental em Feira de Santana, Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 35, supl. 1, p. 211-30, jan./jun. 2011. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/157/152>>. Acesso em: 18 abr. 2016.

GONÇALVES, R. B. M. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1. Série textos).

GUEDES, A. C. **Avaliação do processo de alta dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial**. 2014. 138 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, 2014.

GUIMARÃES, J. M. X.; JORGE, M. S. B.; ASSIS, M. M. A. (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2145-54, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a14.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2016.

GUIMARÃES, F. A.; MARTINS, M. C. F. Valores e prazer-sofrimento no trabalho: um estudo com profissionais de nível superior. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 27, n. 2, p. 133-45, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v27n2/a01v27n2.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

HABERMAS, J. **Teoría de la acción comunicativa** (tomo I). Madrid: Taurus, 1999.

IBGE – Instituto de Geografia e Estatística. **Infográficos – Chapecó – SC**. 2015. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=420420>>. Acesso em: 18 out. 2016.

JORGE, M. S. B. et al. Resolubilidade do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família: representação social de profissionais e usuários. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 48, n. 6, p. 1062-8, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/0080-6234-reeusp-48-06-1062.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2017.

JUNS, A. G.; LANCMAN, S. O trabalho interdisciplinar no CAPS e a especificidade do trabalho do terapeuta ocupacional. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 1, p. 27-35, jan./abr. 2011.

KINOSHITA, R. T. et al. A Política Nacional de Saúde Mental e a Organização da Rede de Atenção – SUPERA. 10. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2016. (O uso de substâncias psicoativas no Brasil: módulo 1).

KNOKE, M. F. P. Trabalho em saúde mental nos centros de atenção psicossocial de Salvador: processo laboral e a saúde dos trabalhadores. 2011. 75 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 2011.

KOLHS, M. **Processo decisório e efetividade: a sociedade civil no Conselho Municipal de Chapecó – SC**. 2007. 112 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Políticas e Sociais) – Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), Itajaí, 2007.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 610-33.

LANCMAN, S. O mundo do trabalho e a psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. (Org.). **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paralelo 15/Fiocruz, 2008. p. 23-34.

LANCMAN, S.; UCHIDA, S. Trabalho e subjetividade: o olhar da psicodinâmica do trabalho. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 6, p. 79-90, 2003. Disponível em: <[pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/cpst/v6/v6a06.pdf](http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/cpst/v6/v6a06.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2016.

LIMA, M. A. D. S. et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paul. Enferm.**, v. 20, n. 1, p. 12-7, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n1/a03v20n1.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2016.

LIMA, S. Coletivo de trabalho. In: VIEIRA, F.; MENDES, A. (Org.). **Dicionário de psicodinâmica do trabalho**. Curitiba: Juruá, 2013. p. 93-7.

LUCCHESI, R. et al. Saúde mental no Programa de Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2033-42, 2009.

MACÊDO, K. B. Sublimação. In: VIEIRA, F. O.; MENDES, A. N.; MERLO, A. C. (Org.). **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. Curitiba: Juruá, 2013.

MACHADO, A. R. **Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública**: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas. 2006. 151 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

MADALOSSO, A. R. M. **De mãos dadas com a qualidade**: refletindo sobre o cuidado de enfermagem. Passo Fundo: Ed. UPF, 2001.

MARTINS, S. R. **Clínica do trabalho**. 1ª reimp. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012. 226 p.

MARX, K. **O capital**. 3. ed. Bauru: EDIPRO, 2008.

MEDEIROS, S. N. **Clínica em psicodinâmica do trabalho com a unidade de operações aéreas do DETRAN**: o prazer de voar e a arte de se manter vivo. 2012. 168 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações) – Universidade de Brasília, Brasília, 2012. Disponível em: <<http://repositorio.unb.br/handle/10482/12132>>. Acesso em: 21 fev. 2017.

MENDES, A. M. **Psicodinâmica do trabalho**: teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. v. 1.

\_\_\_\_\_. Prazer, reconhecimento e transformação do sofrimento no trabalho. In: MENDES, A. M. (Org.). **Trabalho e saúde**: o sujeito entre emancipação e escravidão. Curitiba: Juruá, 2008. p. 13-25.

MENDES, A. M.; FERREIRA, M. C. Inventário sobre trabalho e riscos de adoecimento – Itra: instrumento auxiliar de diagnóstico de indicadores críticos no trabalho. In: MENDES, A. M. (Org.). **Psicodinâmica do trabalho**: teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 111-26.

MENDES, A. M.; ARAÚJO, L. K. **Clínica do trabalho**: práticas brasileiras. Brasília: Libris, 2011.

\_\_\_\_\_. **Clínica psicodinâmica do trabalho**: o sujeito em ação. Curitiba: Juruá, 2012. 154 p.

MENDES, A. M.; MORRONE, C. Trajetória teórica e pesquisas brasileiras sobre prazer e sofrimento no trabalho. In: MENDES, A. M. et al. **Psicodinâmica e clínica do trabalho**: temas, interfaces e casos brasileiros. 1. reimp. Curitiba: Juruá, 2010. p. 29-52.

- MENDES, A. M.; MULLER, T. C. Prazer no trabalho. In: VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C. (Org.). **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. Curitiba: Juruá, 2013. p. 289-292.
- MERLO, A. R. C. Psicodinâmica do trabalho. In: JACQUES, Maria da Graça Corrêa; CODO, Wanderley (Org.). **Saúde mental & trabalho: leituras**. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 130-42.
- MERLO, A. R. C.; LAPIS, N. L. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho. **Psicol. Soc.**, v. 19, n. 1, p. 61-8, 2007.
- MERLO, A. R. C.; MENDES, A. M. Perspectivas do uso da psicodinâmica do trabalho no Brasil: teoria, pesquisa e ação. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, Brasília, v. 12, n. 2, p. 141-56, 2009.
- MEHRY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde: trabalho em saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 151-63, 2012.
- MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2012.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MORAES, R. D. Estratégias defensivas. In: VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C. (Org.). **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. Curitiba: Juruá, 2013. p. 153-58.
- MORAES, R. D.; VASCONCELOS, A. C.; CUNHA, S. P. C. Prazer no trabalho: um lugar de Autonomia. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, v. 12, n. 2, p. 217-28, maio/ago. 2012. Disponível em: <<http://submission-pepsic.scielo.br/index.php/rpot/index>>. Acesso em: 18 nov. 2016.
- MULLER, D. Z. **Uma polícia especial: possibilidades de prazer no trabalho dos policiais militares do pelotão de operações militares**. 2012. 113 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/55426>>. Acesso em: 05 maio 2017.
- NARDI, H. C.; RIGONI, R. Q. Mapeando programas de redução de danos da Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 2, p. 382-92, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n2/17.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2017.
- NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2375-84, 2007.

PANDE, M. N. R.; AMARANTE, P. D. C. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2067-76, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a06.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2017.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1996.

QUINN, E. R. et al. **Competências gerenciais: princípios e aplicações**. Rio de Janeiro: Campus, 2003.

REBOUÇAS, D. et al. O trabalho em saúde mental: um estudo de satisfação e impacto. **Cad. Saúde Públ.**, v. 24, n. 3, p. 624-32, 2008.

ROTELLI, F. **Per la normalità – taccuino di uno psichiatra negli anni della grande riforma scritti 1967-1998**. Trieste: Scienza Nuova Editore/Asterios Editore, 1999.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano operativo da rede de atenção psicossocial de Santa Catarina 2013-2015**. Florianópolis: SES, 2014. Disponível em: <<http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?searchword=Plano+Operativo+da+r&or>>. Acesso em: 18 jun. 2014.

SANTOS JÚNIOR, A. V. **Organização do trabalho e prazer: sofrimento dos profissionais de um centro de atenção psicossocial**. 2009. 179 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2009. Disponível em: <[http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/3822/1/2009\\_AdalbertoVitaldosSantosJunior.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/3822/1/2009_AdalbertoVitaldosSantosJunior.pdf)>. Acesso em: 05 jun. 2016.

SCHILLING, F. I.; MYIASHIRO, S. R. G. Como incluir? O debate sobre o preconceito e o estigma na atualidade. **Rev. Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 243-54, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v34n2/03.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

SCHWARTZ, S. H. Universals in the content and structure of values: theoretical advances and empirical tests in 20 countries. In: ZANNA, P. M. (Ed.). **Advances in experimental social psychology**. San Diego: Academic, 1992. v. 25. p. 1-65.

SELIGMANN-SILVA, E. **Saúde mental e trabalho**. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo/Fundação Getúlio Vargas, 2004.

SIDRIN, M. I. C. **Representações sociais da reabilitação psicossocial: um estudo sobre os CAPS**. Curitiba: Juruá, 2010.

SILVA, R. V. G. O.; RAMOS, F. R. S. Integralidade em saúde: revisão de literatura. **Cienc. Cuid. Saúde**, v. 9, n. 3, p. 593-601, 2010. Disponível em: <<file:///C:/Users/HP/Downloads/8726-47684-1-PB.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2016.

SZNELWAR, L. I.; UCHIDA, S.; LANCMAN, S. A subjetividade no trabalho em questão. **Tempo Social**, Revista de sociologia da USP, v. 23, n. 1, p. 11-30, 2011 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ts/v23n1/v23n1a02.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

UCHIDA, S. Trabalho informatizado e sofrimento psíquico. **Psicol. USP**, v. 9, n. 2, p. 179-204, 1998.

\_\_\_\_\_. **Organização do trabalho:** vivências de sofrimento e prazer. Diálogos em psicodinâmica do trabalho. São Paulo: FGV, 2009.

UCHIDA, S. et al. O trabalhar em serviços de saúde mental: entre o sofrimento e a cooperação. **Laboreal**, v. 7, n. 1, p. 28-41, 2011. Disponível em: <<http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=48u56oTV65822353389453854:2>>. Acesso em: 05 out. 2016.

XAVIER, R. T.; MONTEIRO, J. K. Tratamento de pacientes usuários de crack e outras drogas nos CAPS AD. **Psic. Rev.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 61-82, 2013. Disponível em: <<file:///C:/Users/HP/Downloads/16658-40909-1-PB.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2017.

YIN, R. K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – Roteiro para observação de campo

### ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO DE CAMPO

#### Descrição do Serviço

- Números de salas e distribuição;
- Ambiente (privacidade, ruídos, limpeza, iluminação);
- Adequação para o trabalho desenvolvido (acessibilidade, espaço, decoração, luminosidade);
- Oferta de atendimentos (tipo de atividades, oficinas, atendimentos individuais, grupos, visita domiciliar, entre outros);
- Cronograma de atividades;
- Observar como ocorre o planejamento das ações no serviço (em que momento e espaço se planeja, com que periodicidade);
- Com ocorre o acesso, o acolhimento aos usuários e encaminhamentos se necessário;
- Como o serviço faz os movimentos de articulação com a RAPS e demais serviços;
- Observe as relações do serviço (coordenador, trabalhadores, usuários e familiares) com a Coordenação Municipal de Saúde Mental, Secretaria Municipal de Saúde – movimentos de diálogo, negociação, enfrentamento.

#### Atendimento

- Profissional (is) que realizam (aram) atendimento;
- Exame físico e psíquico usa de roteiro;
- Uso de normas do serviço (rígidas ou não);
- Como o usuário recebe essa informação, aceitação dessas;
- Quem agenda os atendimentos (de que forma ocorre o acesso do usuário ao serviço);
- Como é o acesso a outros atendimentos, como oficinas, visitas domiciliares, grupos, projetos de geração de renda e trabalho?
- Como é feito o agendamento para retorno ao serviço?
- Observar práticas de recepção/acolhimento e escuta no serviço;
- Como é realizado o plano terapêutico individual;
- Quais critérios para internação/desintoxicação;
- Quais rotinas/regras aos internados.

#### Reuniões

- Que tipo de reuniões são realizadas (de equipe, administrativas, técnicas, discussão de casos, planejamento, avaliação), quem participa das reuniões, qual a periodicidade e o tempo de duração?
- Quem coordena as reuniões e quem determina as pautas?

#### Usuário e Familiares

- Participação dos usuários e família: periodicidade, em que atividades;
- Número de usuários em atividade/atendimento no serviço;
- Relação com a equipe;
- Envolvimento com o serviço;
- Como ocorre a participação dos usuários nas decisões em relação ao seu plano terapêutico, ao funcionamento do serviço, entre outros, e a participação da família;
- Observar a participação dos usuários e famílias nas atividades propostas.

### **Trabalhadores**

- Quem são os trabalhadores, características, formação;
- Envolvimento com o serviço;
- Como estão organizados (carga horária, distribuição por turnos e dias da semana, atividades que assumem, em que circunstâncias e com que frequência se reúnem relacionamento entre os trabalhadores, destes com usuários, com familiares e com a coordenação do serviço);
- Verificar assiduidade dos trabalhadores no serviço, detalhar quando e quem está nos turnos;
- Observar a presença de *stress*, insegurança, arrumação feitos para cobrir possíveis debilidades técnicas de membros da equipe;
- Existem propostas de capacitações dirigidas à equipe, a determinadas categorias profissionais;
- Observar se os profissionais têm afinidade com o que fazem e as dificuldades que encontram em seu cotidiano de trabalho;
- Como é o movimento dentro da equipe – entre os trabalhadores, como se ocorre a comunicação e a negociação entre os membros da equipe;
- Observar a comunicação no interior da equipe e desta com gestores, familiares e usuários;
- Observar capacidade de negociação entre os membros da equipe de saúde, gestores e usuários;
- Observar hierarquias, relações de poder formal e informal na equipe;
- Observar se há insatisfação, insegurança em relação ao vínculo contratual, salário ou condições de trabalho;
- Quais as características do trabalho de cada membro da equipe, que tipo de atividade realiza, que tempo dedica a essas atividades?
- Observar a motivação e capacidade de superar obstáculos dos profissionais individualmente e da equipe;
- Observar as características do vínculo de cada profissional em particular da equipe como um todo com os usuários e familiares.

### **Expressões de sofrimento**

- Observar se os profissionais apresentam atitudes agressivas;
- Os trabalhadores manifestam preocupação em relação a situações de trabalho particularmente penosas e/ou perigosas?
- Observar se há diminuição e até mesmo desaparecimento das festas e reuniões coletivas, testemunhando a alteração do clima psicológico;
- Os profissionais demonstram medo dos boatos e desconfiança em relação aos outros;
- Observar presença de morosidade, desânimo, desencorajamento e até mesmo resignação (frequentemente evocados nas reuniões de trabalho);
- Existe sentimento de não reconhecimento dos méritos do trabalhador pelos colegas e pelo serviço?
- Observar presença de crises na equipe que dividem os trabalhadores.
- Observar se há destruição da confiança recíproca e da solidariedade entre trabalhadores.
- Existe desenvolvimento de um “individualismo” e de um fechamento de cada um em sua esfera privada, como uma válvula de segurança?
- Observa um sinal de desorganização dos vínculos afetivos e profissionais entre os trabalhadores, causando sofrimento nas relações?

**Estratégias de defesas**

- Observar se trabalhadores desvencilham das suas responsabilidades, não tomando mais iniciativas, e cercam-se de proteção em caso de dificuldades, remetendo-se sempre aos seus superiores e atendo-se apenas às necessidades de execução do trabalho?
- Observa a presença de atitude de fechamento em uma autonomia máxima, de silêncios frente à hierarquia superior, adotando uma ideologia de “cada um para si”?
- Existe desconfiança sistemática?
- Observa se algum trabalhador não se dirige mais ao seu superior imediato, passando diretamente ao profissional posicionado mais acima na hierarquia?
- Observar se algum trabalhador recusa-se a cumprimentar os colegas, ou seja, para evitar o sofrimento, evita-se não só o conflito, mas tudo aquilo que representa uma ocasião para que o conflito aconteça (conversas, cumprimentos, refeições juntos);
- Observar se profissionais denunciam outros grupos/equipes como incompetentes, resultando na união das pessoas que se apoiam essencialmente sobre a denúncia;
- Observar profissionais entre a equipe de trabalho fortemente diferenciados pelo estilo de relações ou por opção de técnicas defendidas como comuns;
- Existe a presença de defesa que consiste em evitar todas as ocasiões de discussão.

**APÊNDICE B – Entrevista****INSTRUMENTO DE PESQUISA**

Código Identificador do Entrevistado:

Data da Entrevista:

Tempo de duração:

**Dados Sociodemográficos dos entrevistados:**

Idade: \_\_\_\_\_ anos. Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Escolaridade: ( ) Até Ensino Médio ( ) Superior Incompleto ( ) Superior

( ) Pós-Graduação Área: \_\_\_\_\_

Estado civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Viúvo ( ) Divorciado ( ) Outros

Profissão: \_\_\_\_\_ anos/meses.

Cargo atual: \_\_\_\_\_ anos/meses.

Tipo de contrato de trabalho: \_\_\_\_\_

Tempo de serviço na instituição: \_\_\_\_\_ anos/meses.

Tempo de serviço no CAPS AD III: \_\_\_\_\_ anos/meses.

Tempo de serviço no cargo: \_\_\_\_\_ anos/meses.

Afastamentos do trabalho por problema de saúde relacionado ao trabalho no último ano:

( ) Não. ( ) Sim, motivo \_\_\_\_\_

**Referente à Entrevista:**

1. Fale sobre o seu trabalho no CAPS AD III.
2. Fale sobre os fatores que causam prazer em seu trabalho?
3. Fale sobre situações que lhe causa sofrimento no trabalho. Como você lida com isso?

## APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Voz

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) senhor(a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa de Doutorado intitulada, PRAZER E SOFRIMENTO DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS III, que fará observação e entrevistas individual, tendo como objetivo Analisar as vivências de prazer e sofrimento dos profissionais no trabalho do CAPS ad III em um município polo da região oeste de Santa Catarina. Serão previamente marcados a data e horário para realização da observação e entrevistas, utilizando roteiro norteador para entrevistas e observação Estas medidas serão realizadas no Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS ad III). Não é obrigatório o pesquisado participar da pesquisa e ou responder todas as perguntas da entrevista.

O(a) Senhor(a) e seu/sua acompanhante não terão despesas e nem serão remunerados pela participação na pesquisa. Todas as despesas decorrentes de sua participação serão ressarcidas. Em caso de dano, durante a pesquisa será garantida a indenização.

Os riscos destes procedimentos serão mínimos, pois serão utilizadas como técnicas para coleta de dados a observação e entrevistas individuais. Para minimizar os riscos caso necessário será disponibilizado atendimento com profissional psicólogo do serviço, conforme acordado previamente.

A sua identidade será preservada pois cada indivíduo será identificado pela letra T (trabalhador), seguido de um número ordinal (T1, T2 assim por diante). Os benefícios e vantagens em participar deste estudo será oferecer elementos para um olhar reflexivo do trabalhador no desenvolvimento das atividades no CAPS ad III e do seu próprio fortalecimento quanto sujeito no trabalho. Contribuirá para a implementação de estratégias que diminuam o sofrimento e incluam na organização do trabalho ações que proporcionem prazer em suas atividades, refletindo na sua saúde quanto trabalhador e no cuidado aos usuários. As pessoas que estarão acompanhando os procedimentos serão os pesquisadores: Marta Kolhs (pesquisadora responsável); Agnes Olschowsky (Professora Orientadora da Pesquisa).

O(a) senhor(a) poderá se retirar do estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de constrangimento.

Solicitamos a sua autorização para o uso de seus dados para a produção de artigos técnicos e científicos. A sua privacidade será mantida através da não-identificação do seu nome, será identificado pela letra T (trabalhador), seguido de um número ordinal (T1, T2 assim por diante). Este termo de consentimento livre e esclarecido é feito em duas vias, sendo que uma delas ficará em poder do pesquisador e outra com o sujeito participante da pesquisa.

NOME DO PESQUISADOR PARA CONTATO: Marta Kolhs

Nº TELF: (49) 98407-0549

ENDEREÇO: Rua Índio Condá, 25-E – Apto. 901 – Centro – CEP: 89801-130 Chapecó – SC

### ASSINATURA DO PESQUISADOR

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CEPESH/UEDESC

Av. Madre Benvenuta, 2007 – Itacorubi – Florianópolis – SC – CEP: 88035-901

Fone/Fax: (48) 3664-8084 / (48) 3664-7881 – E-mail: [cepsch.reitoria@udesc.br](mailto:cepsch.reitoria@udesc.br) / [cepsch.udesc@gmail.com](mailto:cepsch.udesc@gmail.com)

Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

SEPN 510, Norte, Bloco A, 3º andar, Ed. Ex-INAN, Unidade II – Brasília – DF – CEP: 70750-521

Fone: (61) 3315-5878/ 5879 – E-mail: [conep@saude.gov.br](mailto:conep@saude.gov.br)

### **TERMO DE CONSENTIMENTO**

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e, que todos os dados a meu respeito serão sigilosos. Eu compreendo que neste estudo, as medições dos experimentos/procedimentos de tratamento serão feitas em mim, e que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

Nome por extenso \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

### **CONSENTIMENTO PARA FOTOGRAFIAS, VÍDEOS E GRAVAÇÕES**

Permito que sejam realizadas fotografia, filmagem ou gravação de minha pessoa para fins da pesquisa científica intitulada “PRAZER E SOFRIMENTO DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS III”, e concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicados eventos científicos ou publicações científicas. Porém, a minha pessoa não deve ser identificada por nome ou rosto em qualquer uma das vias de publicação ou uso.

As fotografias, vídeos e gravações ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e, sob a guarda dos mesmos.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
Nome do Sujeito Pesquisado

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Sujeito Pesquisado

**ANEXO**

## ANEXO A – Parecer de aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UDESC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PRAZER E SOFRIMENTO DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS III

**Pesquisador:** marta kolhs

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 54343516.7.0000.0118

**Instituição Proponente:** FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SC UDESC

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.478.884

#### Apresentação do Projeto:

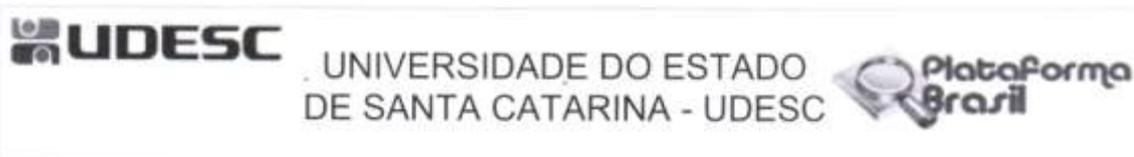
Trata-se de projeto de pesquisa de doutorado onde a tese vincula-se ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), na linha de pesquisa Enfermagem e Saúde Mental. Tem como tema prazer e sofrimento dos profissionais que atuam em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III", orientado pelo referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho, do Francês Christophe Dejours.

Para tal busca-se responder as seguintes questões: Existe prazer e/ou sofrimento no trabalho do CAPS AD III? Como os profissionais vivenciam o prazer e o sofrimento no trabalho? Como lidam com esses sentimentos? Quais as estratégias de enfrentamento do sofrimento que utilizam para realizar o trabalho?

Com isso estabeleceu-se o objeto deste estudo: prazer e o sofrimento no trabalho dos profissionais que atuam em CAPS ad III.

Parte-se do pressuposto que o trabalho no CAPS ad III é desgastante devido ao preconceito em relação ao usuário de drogas, os quais são marginalizados socialmente, vistos como violentos, vagabundos, maíandros, ladrões. Essa situação de exclusão, repercute na vida desses usuários, dificultando e/ou impedindo seu acesso ao trabalho, a moradia, ao lazer, ou seja na vida em sociedade, tendo como objetivo analisar as vivências de prazer e sofrimento dos profissionais no

**Endereço:** Av. Madre Benvenuta, 2007  
**Bairro:** Itacorubi **CEP:** 88.035-001  
**UF:** SC **Município:** FLORIANÓPOLIS  
**Telefone:** (48)3664-8084 **Fax:** (48)3664-8084 **E-mail:** cepsh.udesc@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.478.884

trabalho do CAPS ad III em um município polo da região oeste de Santa Catarina.

Tendo como método qualitativa descritiva analítica do tipo estudo de caso conforme Yin (2011), a análise se dará por análise de conteúdo de Bardin (2011) e como referencial teórico se utilizará a Psicodinâmica do Trabalho. Acredita-se que o resultado desta pesquisa ofereça elementos para um olhar reflexivo do trabalhador no desenvolvimento das atividades no CAPS ad III e do seu próprio fortalecimento quanto sujeito no trabalho.

Pretende-se, ainda, contribuir para a implementação de estratégias que diminuam o sofrimento e incluam na organização do trabalho ações que proporcionem prazer ao trabalhador, refletindo na saúde do profissional e no cuidado aos usuários.

**Critério de Inclusão:**

estabeleceu-se que o profissional deve estar atuando no CAPS ad III há mais de seis meses no momento de coleta de dados.

**Critério de Exclusão:**

Quanto aos critérios de exclusão, definiu-se que profissionais que no momento da coleta de dados estejam em período de férias ou de licença não farão parte do estudo.

#### Cronograma de Execução

Revisão bibliográfica 25/02/2016 a 30/06/2017

Encaminhamento para o CEP 29/02/2016 a 08/04/2016

Apresentação projeto aos Profissionais CAPS ad III 26/05/2016a 26/05/2016

Coleta de dados - Observação 20/06/2016 a 29/06/2016

Coleta de dados - entrevista 04/07/2016 a 22/07/2016

Análise dos dados obtidos 01/08/2016 a 18/11/2016

Discussão dos dados com ref. teórico 01/12/2016 a 24/03/2017

Conclusão 03/04/2017 a 28/04/2017

Apresentação dados aos profissionais do serviço CAPS ad III 13/06/2017 a 13/06/2017

Defesa da tese 15/05/2017 a 15/05/2017

Relatório final para o Comitê de Ética 21/06/2017 a 26/06/2017

Versão Final da Tese 17/05/2017a 31/05/2017

Produção de artigos científicos 01/07/2017 a 26/07/2017

**Endereço:** Av.Madre Benvenutta, 2007

**Bairro:** Itacorubi

**CEP:** 88.035-001

**UF:** SC

**Município:** FLORIANOPOLIS

**Telefone:** (48)3664-8084

**Fax:** (48)3664-8084

**E-mail:** cepsh.udesc@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.478.884

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Analisar as vivências de prazer e sofrimento dos profissionais no trabalho do CAPS ad III em um município polo da região oeste de Santa Catarina.

Objetivo Secundário:

- Descrever a organização do trabalho no CAPS ad III e sua interface com o prazer e sofrimento dos profissionais;
- Conhecer as relações sociais de trabalho dos profissionais no CAPS ad III;
- Verificar as estratégias defensivas que os profissionais utilizam para enfrentamento do sofrimento.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

A pesquisadora relata que "Os riscos para esta pesquisa são considerados mínimos pois serão utilizadas como técnicas para coleta de dados a observação e entrevistas individuais.

Para minimizar os riscos caso necessário será disponibilizado atendimento com profissional psicólogo do serviço, conforme acordado previamente.

Benefícios:

Os benefícios e vantagens em participar deste estudo será oferecer elementos para um olhar reflexivo do trabalhador no desenvolvimento das atividades no CAPS ad III e do seu próprio fortalecimento quanto sujeito no trabalho.

Esse Contribuirá para a implementação de estratégias que diminuam o sofrimento e incluam na organização do trabalho ações que proporcionem prazer em suas atividades, refletindo na sua saúde quanto trabalhador e no cuidado aos usuários.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante para a área de conhecimento, será elaborada por pessoas da área que entendem profundamente do conteúdo da pesquisa.

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

Apresenta:

<b>Endereço:</b> Av.Madre Benvenutta, 2007		<b>CEP:</b> 88.035-001
<b>Bairro:</b> Itacorubi		
<b>UF:</b> SC	<b>Município:</b> FLORIANOPOLIS	
<b>Telefone:</b> (48)3664-8084	<b>Fax:</b> (48)3664-8084	<b>E-mail:</b> cepsh.udesc@gmail.com



UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DE SANTA CATARINA - UDESC



Continuação do Parecer: 1.478.884

Projeto detalhado,

Projeto básico com todos os campos preenchidos, inclusive com mais uma pessoa fazendo parte da equipe de pesquisa,

Declaração de Ciência e concordância das instituições envolvidas,

TCLE de acordo com a resolução 466/12 e conforme página do CEPESH/Udesc,

Folha de rosto com as devidas assinaturas,

CONSENTIMENTO PARA FOTOGRAFIAS, VÍDEOS E GRAVAÇÕES,

Roteiro de entrevista,

#### **Recomendações:**

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

O projeto está bem escrito e apresentado, não necessitando de reparos ou de documentos faltantes ou ainda de complementos ou pendências observadas por esta relatoria.

Dessa forma, o presente projeto de pesquisa está apto a ser aprovado.

##### **Considerações Finais a critério do CEP:**

O Colegiado APROVA o Projeto de Pesquisa e informa que, qualquer alteração necessária ao planejamento e desenvolvimento do Protocolo Aprovado ou cronograma final, seja comunicada ao CEPESH via Plataforma Brasil na forma de EMENDA, para análise sendo que para a execução deverá ser aguardada aprovação final do CEPESH. A ocorrência de situações adversas durante a execução da pesquisa deverá ser comunicada imediatamente ao CEPESH via Plataforma Brasil, na forma de NOTIFICAÇÃO. Em não havendo alterações ao Protocolo Aprovado e/ou situações adversas durante a execução, deverá ser encaminhado RELATÓRIO FINAL ao CEPESH via Plataforma Brasil até 60 dias da data final definida no cronograma, para análise e aprovação.

Lembramos ainda, que o participante da pesquisa ou seu representante legal, quando for o caso, bem como o pesquisador responsável, deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE - apondo suas assinaturas na última página do referido Termo.

**Endereço:** Av. Madre Benvenuta, 2007

**Bairro:** Itacorubi

**CEP:** 88.035-001

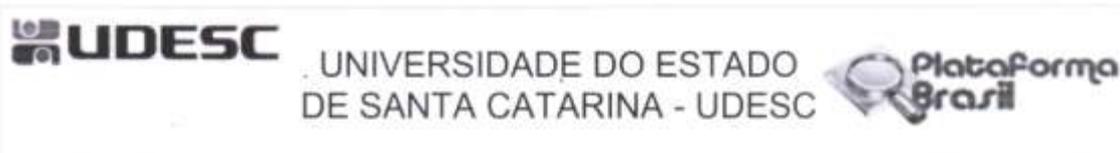
**UF:** SC

**Município:** FLORIANOPOLIS

**Telefone:** (48)3664-8084

**Fax:** (48)3664-8084

**E-mail:** cepsh.udesc@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.478.884

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_667877.pdf	29/02/2016 10:33:07		Aceito
Outros	entrevista.pdf	29/02/2016 10:13:07	marta kolhs	Aceito
Outros	Roteiro.pdf	29/02/2016 10:09:55	marta kolhs	Aceito
Outros	gravacao.pdf	29/02/2016 10:04:37	marta kolhs	Aceito
Outros	20160229070331110.pdf	29/02/2016 09:46:28	marta kolhs	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TLCE.pdf	29/02/2016 09:45:17	marta kolhs	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	29/02/2016 09:41:38	marta kolhs	Aceito
Folha de Rosto	20160229070756648.pdf	29/02/2016 09:29:55	marta kolhs	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FLORIANOPOLIS, 04 de Abril de 2016

Assinado por:  
Carla Ivane Ganz Vogel  
(Coordenador)

Endereço: Av. Madre Benvenutta, 2007

Bairro: Itacorubi

CEP: 88.035-001

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3664-8084

Fax: (48)3664-8084

E-mail: cepsh.udesc@gmail.com