

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**CAROLINA LAMBERT DE SOUZA**

**CONDIÇÕES DE VIDA E TRABALHO: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS  
EQUIPES DE ENFERMAGEM QUE ATUAM NOS CENTROS DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL DE JUIZ DE FORA**

**Juiz de Fora  
2016**

**CAROLINA LAMBERT DE SOUZA**

**CONDIÇÕES DE VIDA E TRABALHO: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS  
EQUIPES DE ENFERMAGEM QUE ATUAM NOS CENTROS DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL DE JUIZ DE FORA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação (*stricto sensu*) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Linha de pesquisa: Fundamentos Teóricos, Políticos e Culturais do cuidado em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>Dr<sup>a</sup>Girleene Alves da Silva.

**Juiz de Fora  
2016**

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Souza, Carolina Lambert de .

Condições de Vida e Trabalho: Representações Sociais das Equipes de Enfermagem que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial de Juiz de Fora / Carolina Lambert de Souza. -- 2016. 110 f.

Orientadora: Girlene Alves da Silva  
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2016.

1. Representação social. 2. Equipe de Enfermagem. 3. Centro de Atenção Psicossocial. 4. Pesquisa Qualitativa. I. Silva, Girlene Alves da, orient. II. Título.

Carolina Lambert de Souza

**CONDIÇÕES DE VIDA E TRABALHO: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS EQUIPES DE ENFERMAGEM QUE ATUAM NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE JUIZ DE FORA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação (*stricto sensu*) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Linha de pesquisa: Fundamentos Teóricos, Políticos e Culturais do cuidado em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>Dr<sup>a</sup>Girlene Alves da Silva.

Data de Defesa da Dissertação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>Girlene Alves da Silva(Orientadora) - Presidente  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Prof<sup>a</sup>Dr<sup>a</sup> Teresa Cristina Soares – Membro Titular  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Prof. Dr. Emílio Peres Facas – Membro Titular  
Universidade de Brasília

---

Prof<sup>o</sup> Dr. Prof. Dr<sup>a</sup>. Elisabete Pimenta Araújo Paz – Membro Suplente  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

---

Prof<sup>o</sup> Dr. Prof. Dr. Marcelo da Silva Alves – Membro Suplente  
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dedico este trabalho aos maiores amores de minha vida: aos meu pais Sebastião e Laurita pelo exemplo de vida e resiliência, às minhas irmãs Débora (sempre Tata) e Juliana, à luzinha de minha vida Maria Eduarda e ao meu cunhado Glauco.

A todos os profissionais de Enfermagem, em especial aos que se dedicam e compartilham saberes nos CAPS.

À minha orientadora.

## RESUMO

O estudo teve como objeto as Condições de Vida e Trabalho das Equipes de Enfermagem que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Juiz de Fora. A fim de alcançar o estudo desse objeto foram definidos os seguintes objetivos: Caracterizar o ambiente de trabalho da equipe de enfermagem e identificar os fatores que influenciam na realização do trabalho das equipes de enfermagem nos CAPS. Trata-se de uma pesquisa qualitativa. O cenário do estudo foram cinco CAPS de Juiz de Fora. Participaram do estudo 15 profissionais entre Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, tendo sido realizado em seus horários laborais. Os depoimentos foram organizados por meio de análise de conteúdo de Bardin, com entrevistas semiestruturadas. A partir das narrativas foram elencadas as seguintes categorias para o estudo: Caracterização dos sujeitos; O ambiente de trabalho e A (des)Valorização do trabalho e do trabalhador. Os achados deste estudo demonstraram que conhecer essas representações do universo da enfermagem dentro dos CAPS torna-se de grande importância quando percebemos que os profissionais inseridos no processo terapêutico devem ter seus anseios e perspectivas acolhidos dentro da instituição para que possam replicar essa satisfação. Neste estudo, nas representações apresentadas pelos participantes, nota-se uma mistura de sentimentos, expectativas, frustrações consigo mesmo e com os outros. Quando os participantes falam de seu cotidiano de trabalho, o processo de chegada ao serviço, a equipe de trabalho e de sua rotina de trabalho no CAPS, aparecem nas entrevistas temas como o ambiente de trabalho, equipe de trabalho, relações com chefias, cansaço e sobrecarga, remuneração, falta de treinamento e a fragilidade no processo de contratação. As representações que emergiram neste estudo refletem o cotidiano e o viver destes profissionais. Este estudo aponta para que os gestores possam compreender a importância de qualificar e de manter os profissionais lotados nos CAPS em constante aprendizado, além de proporcionar a estes condições de bem-estar, segurança, salvaguardando sua integridade física e emocional, valorizando-o como agente possibilitador de mudanças em seu meio de atuação e aos usuários, alvo do cuidado implementado. Bem como os mesmos profissionais possam aqui ter uma representatividade, podendo dar voz às suas aflições.

Palavras-chave: Representação Social. Equipe de Enfermagem. Centros de Atenção Psicossocial. Pesquisa Qualitativa.

## **ABSTRACT**

The study had as object the Living and Working Conditions of the Nursing Teams that work in the Psychosocial Care Centers (CAPS) of Juiz de Fora. In order to reach the study of this object, the following objectives were defined: Characterize the work environment of the nursing team and identify the factors that influence the work of nursing teams in the CAPS. This is a qualitative research. The scenario of the study was five CAPS of Juiz de Fora. Fifteen professionals participated in the study among Nurses and Nursing Technicians, having been carried out during their working hours. The interviews were organized through Bardin content analysis, with semi-structured interviews. From the narratives were listed the following categories for the study: Characterization of the subjects; The work environment and the (de) Valuation of work and the worker. The findings of this study demonstrated that knowing these representations of the nursing universe within the CAPS becomes of great importance when we perceive that the professionals inserted in the therapeutic process must have their aspirations and perspectives received within the institution so that they can replicate this satisfaction. In this study, in the representations presented by the participants, there is a mixture of feelings, expectations, frustrations with oneself and with others. When participants talk about their daily work, the process of arriving at the service, the work team and their routine work at the CAPS, appear in the interviews topics such as work environment, work team, relationships with bosses, fatigue and Overload, pay, lack of training and the fragility in the hiring process. The representations that emerged in this study reflect the daily lives of these professionals. This study points out that managers can understand the importance of qualifying and keeping professionals fully staffed in the CAPS in constant learning, besides providing these conditions of well-being, safety, safeguarding their physical and emotional integrity, valuing it as an agent Enabling change in their environment and the users, the target of care implemented. As well as the same professionals can have a representation here, being able to give voice to their afflictions.

**Keywords:** Social Representation. Nursing team. Psychosocial Attention Centers. Qualitative research.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
1.1	Objetivos Geral e Específico .....	13
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>15</b>
2.1	A REFORMA PSIQUIÁTRICA: Debruçando Sobre essa História .....	15
2.2	O Processo de Trabalho da Enfermagem e Saúde Mental.....	
<b>3</b>	<b>CAMINHO TEÓRICO E METÓDICO DA PESQUISA .....</b>	<b>39</b>
3.1	Teoria das Representações Sociais .....	39
3.2	Método do Estudo.....	42
3.3	O Cenário da Pesquisa .....	43
3.4	Os Sujeitos do Estudo.....	44
3.5	Apreensão das Informações.....	48
3.6	Proposta de Organização e Análise das Representações.....	49
3.7	Aspectos Éticos e legais.....	51
<b>4</b>	<b>APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS ACHADOS DO ESTUDO .....</b>	<b>52</b>
4.1	O Ambiente de Trabalho .....	52
4.2	A (Des)Valorização do Trabalho e do Trabalhador.....	70
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>85</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>88</b>
	<b>APÊNDICE .....</b>	<b>100</b>
	<b>ANEXO.....</b>	<b>102</b>

## INTRODUÇÃO

Meu primeiro contato com a Saúde Mental foi durante a graduação de enfermagem durante o estágio da matéria, o qual foi realizado no Hospital São Marcos e na Casa de Saúde Aragão Villar em 2016. Nesta época, a visão manicomial ali presente não era agradável aos olhos nem passível de aceitação. Estavam sendo estabelecidos pactos que embasassem as políticas para a Saúde Mental no município. Não fizemos visita técnica nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e o que predominou em minha experiência acadêmica foi aquela imagem que deveria ser mudada, mas eu acreditava não haver solução para avançar a rumos diferentes.

Já iniciada em minha vida profissional, fui aprovada em um processo seletivo na cidade de Barbacena, onde comecei a experienciar meu contato com a Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família (ESF), onde éramos responsáveis dentro da população adscrita por dois Serviços de Residências Terapêuticas (SRT), sendo uma residência masculina e outra residência feminina. Fazíamos visitas mensais aos SRT e renovávamos receitas de manutenção daqueles moradores com consultas psiquiátricas agendadas. O contato com os residentes ainda era reduzido e se limitava às visitas e consultas que um ou outro paciente realizava na Unidade.

Em 2013, fui chamada para trabalhar em Matias Barbosa em um CAPS. Apesar de ser um desafio para mim, por nunca ter trabalhado tão diretamente com a Saúde Mental e por pouco conhecer acerca do funcionamento de um CAPS, decidi aceitar para ganhar experiência em outra área da enfermagem e poder participar também de um instrumento substitutivo nesta área. Desta forma, pude vivenciar o cotidiano dos usuários e dos profissionais envolvidos na terapêutica deles.

Assim, ao longo dos meses pude perceber a dinâmica dos processos do trabalho, seus pontos fortes e suas deficiências, mas com ênfase na equipe de enfermagem que por muitas vezes apresentava-se fadigada mentalmente com a demanda dos usuários e suas famílias, uma vez que, pelo menos uma vez na semana, ficávamos com a supervisão técnica do CAPS por não haver outra categoria profissional atuante no dia. Como enfermeira da equipe, eu percebia em alguns momentos, especialmente no final da semana, certa

impaciência ou demonstrações de cansaço mental, quando diziam precisar “dar uma volta para espairecer”, “arejar a mente” ou reclamavam da falta de um espaço para descansarem após o almoço. Foi dentro deste cenário que vislumbrei a ideia de realizar um estudo com as representações sociais destes profissionais e o que seria para eles expresso como processo de trabalho e entender como seria na prática deles o processo de Reforma Psiquiátrica.

Até a década de 70 do século XX, o modelo psiquiátrico vigente era baseado no modelo manicomial com hierarquização centrada na internação como padrão de tratamento. Nas últimas duas décadas, o Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira iniciou críticas às formas desumanas como eram tratados os asilados. Em meados dos anos 80, a Reforma Psiquiátrica que encontrou vários pontos de convergência com a Reforma Sanitária pôde reencontrar suas origens e se distanciar do movimento sanitarista, uma vez que a Reforma Psiquiátrica mantém em debate a desinstitucionalização da doença e do doente (AMARANTE, 1994).

Tais mudanças implicam rompimentos de antigos conceitos e a incorporação de novos fazeres com a necessidade premente de propostas que ultrapassassem os ambulatorios, que pudessem renovar a perspectiva no tratamento oferecido, com ideais de ressocialização e oportunidades de nova significação da imagem perante a sociedade, família e de si próprio.

Ao final da década de 1980 e início da década de 1990, surgiram experiências de transformações na saúde mental, com a criação dos CAPS/NAPS (Centro/Núcleo de Atenção Psicossocial) que apareciam como modelos substitutivos aos manicômios que estavam sendo fechados. O primeiro surgido no Brasil foi o CAPS Prof. Luis Cerqueira, inaugurado em 1987 na cidade de São Paulo. A regulamentação destas instituições foi em 1992, pela Portaria 224/1992, do Ministério da Saúde, que estabeleceu normas e diretrizes para o serviço de Saúde Mental. Nesta, ainda há a presença do termo NAPS, mas na Portaria 336/2002, que será vista adiante, relata-se apenas o CAPS (BRASIL, 2007).

A Reforma Psiquiátrica é um movimento que vem para cumprir a necessidade de transformações na assistência prestada ao indivíduo portador de sofrimento mental, contrapondo o antigo sistema hegemônico baseado no modelo hospitalocêntrico, em que as bases de cuidados eram centradas na

figura do médico – o único detentor do saber e da medicalização (BRASIL, 2007).

Com esta proposta e de acordo com a portaria 224/1992, os CAPS se caracterizam por ofertar cuidados intensivos aos usuários com transtornos mentais graves, desenvolvendo atividades grupais, oficinas, atendimento à família, e atendimento médico e psicológico, por meio de equipe multidisciplinar. A presença dessa articulação com profissionais das diversas áreas da assistência abrange a necessidade de reformulação dos atendimentos e dos processos de trabalho; como consequência, exige a readequação do trabalho em equipe, priorizando o cuidado ao indivíduo em sofrimento psíquico, que passa ser sujeito coparticipativo de seu próprio tratamento (TOLEDO, 2004).

Em 2001, foi sancionada a Lei 10.216, que vetava as internações em instituições asilares, incentivando a criação de possibilidades assistenciais, reafirmando a importância do Estado na formulação e execução de políticas públicas na Saúde Mental. Em 2002, foi promulgada uma nova portaria sobre o funcionamento dos CAPS, que trata de suas cinco modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD e CAPS ij. Os três primeiros são definidos por ordem de complexidade e número populacional, enquanto o CAPS AD atende aos usuários com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Já o CAPS ij presta atendimento a crianças e adolescentes. Desta forma, os CAPS consolidavam-se como uma proposta de modelo alternativo ao modelo hospitalocêntrico, mas visavam também à inclusão dos usuários na comunidade, inserção da família no tratamento, acolhimento em outros serviços de saúde e restauração de suas cidadanias (BRASIL, 2004).

As equipes interdisciplinares do CAPS modalidade I podem ser representadas em sua formação mínima com enfermeiro, técnico em enfermagem, psiquiatra e outros três profissionais de nível superior: assistente social, psicólogo ou outro profissional que possua aderência ao projeto terapêutico, além da equipe de nível médio, como auxiliar administrativo e oficinairos (BRASIL, 2002).

Conforme preconizado pela Portaria 336/2002, que normatiza a operacionalização dos CAPS, a equipe de Enfermagem exerce 40 horas nos

serviços, compreendidas no intervalo de 8 às 18 horas, ou seja, realiza contato direto e diário com os usuários frequentadores, convivendo muitas vezes em um ambiente estressante. Estudos já realizados apontam para uma maior exaustão emocional entre enfermeiros de saúde mental em relação a enfermeiros gerais (MACHADO, 2003).

Os modelos de assistência em saúde mental implicam ampliação na oferta dos cuidados aos pacientes, exigindo do profissional um maior envolvimento e dedicação com os usuários, o que, nos casos dos mais agudizados, poderá ser durante toda a vida. Desta forma, ao contrário dos outros profissionais da saúde que têm sua carga horária reduzida, podendo até mesmo serem contratados em número de dois para completar as 40 horas a serem trabalhadas, estando a equipe de enfermagem na linha de frente para resolver as mais diversas situações, sejam pertinentes ao trabalho, aos usuários ou aos seus familiares (ISHARA, 2007).

Desta forma, a multidisciplinaridade no CAPS tornou-se de suma importância, uma vez que todos os profissionais contribuem para um bem comum, ou seja, o bem-estar e a evolução do tratamento dos usuários. Para tanto, há uma rotina em que os profissionais se revezam entre as atividades que são da prática do CAPS, como os grupos de “bom dia”, “boa tarde”, “acolhimento”, “assembleia”, “oficinas terapêuticas” e as visitas domiciliares (TOLEDO, 2004; BRASIL, 2002).

As atividades específicas da enfermagem são: a administração medicamentosa, pelas vias oral, intramuscular, subcutânea e endovenosa, separação das medicações para serem administradas no domicílio do usuário sob a supervisão de um membro da família ou curador (BRASIL, 2002).

A administração dos medicamentos possibilita um maior envolvimento com o usuário, fazendo com que este tenha uma maior empatia, podendo escolher um membro da equipe como sua referência técnica, isto é, um profissional que ficará a cargo de resolver possíveis conflitos e crises em momentos diversos, bem como intervir em situações que possam gerar desestabilização no tratamento destes usuários. Mais que meramente executar os procedimentos, a enfermagem é a ciência do cuidar. Cuidar no sentido de acolher, saber ouvir, ter empatia com o sofrimento do outro. “O cuidado é único e sempre dirigido a alguém” (OLIVEIRA, 2003).

Por conseguinte, a enfermagem torna-se um alicerce para os vínculos com os usuários, e, por esse motivo, diante de suas atribuições dentro do CAPS, fazendo-se necessária uma valorização dos seus profissionais em seu ambiente de trabalho com estratégias para a realização de cuidados seguros. De acordo com Antunes (2003), a equipe de enfermagem é submetida a sobrecarga de trabalho constante, que se relaciona à variabilidade, à simultaneidade das tarefas e à responsabilidade nos cuidados prestados.

Melhorar a qualidade das condições de saúde no trabalho sugere identificar os problemas em cada situação, com a participação efetiva dos agentes do processo de trabalho, e redesenhar o que está pronto, o que envolve sempre um processo de negociação. Não cabe apenas aos gestores o papel de pensar e replanejar o trabalho, mas também aos trabalhadores, que devem ser agentes de sua mudança.

Entretanto, as condições de trabalho e vida destes profissionais da Enfermagem em CAPS são, em geral, pouco conhecidas ou relegadas a um segundo plano, não sendo um tema prioritário de estudo, sendo também pouco presente nas preocupações dos gestores. No entanto, pensar o cotidiano de meus colegas de profissão fez parte de meu papel como enfermeira. Trabalhar em um centro cujo serviço era referência para a cidade e adjacências com um público não somente de pacientes em sofrimento mental de todas as idades, mas em uso de substâncias como o álcool e outras drogas, tornou-se um grande desafio para mim como profissional envolvida nesta área, pois havia muito a aprender sobre meios de intervenção e abordagens característicos a esses pacientes em suas diversas condições.

Observando o dia a dia dos profissionais da enfermagem dessa instituição, causou-me uma inquietação e, durante a execução de minhas tarefas, me perguntava: a organização do trabalho influencia no relacionamento com os demais membros da equipe e na execução de suas funções? A jornada semanal influencia de maneira negativa na atuação da equipe de enfermagem?

A pesquisa, portanto, teve como objeto as representações sociais das equipes de enfermagem que atuam nos CAPS de Juiz de Fora – MG, sobre suas condições de vida e trabalho.

Desta forma, o presente estudo tem como objetivos:

- analisar as representações sociais da equipe de enfermagem do CAPS sobre a influência do trabalho nas suas relações interpessoais cotidianas e de trabalho;
- caracterizar o ambiente de trabalho da equipe de enfermagem dos CAPS em um município da Zona da Mata mineira.

Espera-se que essa pesquisa venha ao encontro da necessidade de dar voz à equipe de enfermagem atuante nos CAPS, em seus diferentes apelos, em suas diferentes aflições e expectativas. Que os gestores consigam reconhecer a importância desses profissionais como agentes da mudança dentro do cenário de transição da Saúde Mental no município, dando-lhes voz e participação, ouvindo os seus anseios. Que estas representações possam contribuir para uma identificação da categoria, restauração de sua autoimagem, resgate de seus valores e proporcionando uma evocação de seu cotidiano pelos profissionais participantes.

## 2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA: debruçando sobre essa história

Ao abordar a Reforma Psiquiátrica Brasileira, é preciso destacar a necessidade de compreender esse processo histórico de organização da assistência psiquiátrica a partir de suas determinações gerais e específicas no cenário nacional.

Segundo Oliveira e Alessi (2003), com o término da II Guerra Mundial, diversos movimentos divergentes do saber e práticas psiquiátricas surgiram no cenário mundial, dos quais se destacaram a Psiquiatria de Setor na França, as Comunidades Terapêuticas na Inglaterra e a Psiquiatria Preventiva nos EUA. Foram considerados movimentos reformistas da assistência psiquiátrica, uma vez que causaram um novo arranjo técnico-científico e administrativo da Psiquiatria, evitando a forma radical da desinstitucionalização, determinada pela escola italiana a partir de 1960.

A influência desses movimentos de crítica à psiquiatria também se fizeram notar, em diferentes momentos, no contexto da sociedade brasileira. No final dos anos 1970 e início de 1980, período marcado pelo final da ditadura, falência do "milagre econômico", suspensão da censura, reorganização da sociedade através do ressurgimento dos sindicatos, partidos políticos e retorno ao Estado de Direito, as ideias de Foucault, Goffman, Castel, Szasz, Basaglia e outros tiveram forte influência. Esse período é considerado como o primeiro momento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, denominado "trajetória alternativa" desse processo (OLIVEIRA e ALESSI, 2003, p. 06)

A Reforma Psiquiátrica teve sua trajetória ladeada pelo contexto histórico vigente, conforme Tenório (2002), que destaca que, em um momento posterior, relacionado ao da Nova República, os movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica foram absorvidos pelo aparelho estatal. Nesse cenário, o caráter de cientificidade da medicina/psiquiatria e da neutralidade científica deu lugar à noção de que uma outra forma administrativa do Estado poderia resolver os problemas de saúde/saúde mental dos indivíduos. Esse pode ser considerado o momento institucionalizante do processo.

Posteriormente, chega-se à desinstitucionalização, que tinha como *slogan* "Por uma sociedade sem manicômios", que retrata a medida do resgate da crítica da institucionalização da medicina/psiquiatria. Sob forte influência da

"tradição basagliana", propõem-se mudanças no modelo de intervenção: as macropolíticas cedem espaço para a reinvenção do cotidiano e enfatizam-se experiências localizadas (BRASIL, 2012).

Oliveira e Alessi (2003, p. 07) relatam a existência de uma concepção mais nova de objeto e de intervenção, sendo possível entender a desinstitucionalização como:

[...] um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema. Mas, se o objeto ao invés de ser a doença torna-se a existência-sofrimento dos pacientes e a sua relação com o corpo social, então desinstitucionalização será o processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição para este objeto bastante diferente do anterior.

Assim, é possível a compreensão da Reforma Psiquiátrica como um movimento, um processo histórico constituído da crítica ao paradigma psiquiátrico clássico incluindo as práticas que podem transformar e até superar tal paradigma, no Brasil, em fins dos anos 1970. Todos esses fatores atuam como uma crítica à conjuntura nacional do sistema de saúde mental, além da forma estrutural relacionada à instituição da psiquiatria. Todo processo histórico está contido numa totalidade complexa e dinâmica, ligando-se intimamente ao processo de redemocratização que ocorria no Brasil a partir daquela época.

Em 1979, quando o psiquiatra italiano Franco Basaglia visitou o Hospital Colônia de Barbacena, ele taxou o hospital de campo de concentração nazista. Sua presença reforçou e evidenciou as denúncias de maus tratos e violência, merecendo destaque da imprensa, o que deu origem ao documentário “Em Nome da Razão”, considerado um marco da luta antimanicomial brasileira (AMARANTE, 2013).

Para se construir um novo modelo de assistência à saúde mental em Barbacena, a princípio foi realizado um censo e, posteriormente, mapeamento da população interna nos cinco hospitais psiquiátricos do município, mantidos pelo SUS. Com o levantamento foi possível mostrar uma situação extrema de abandono em que se encontravam os internos: sem vínculos familiares, documentos ou benefícios previdenciários e submetidos a longo tempo de internação. Foi quando se iniciou a criação do projeto em saúde mental de Barbacena, baseando-se na construção de uma rede de substituição ao

hospital psiquiátrico, efetiva e resolutiva. O projeto foi apresentado e aprovado pelo gestor e Conselho Municipal de Saúde do município (BARROS E SILVA, 2005).

Barbacena ainda possui quatro hospitais psiquiátricos, um da rede pública e os outros conveniados com o SUS. Em 2001, antes da implantação do projeto, o município possuía 1.336 leitos; hoje tem 600 leitos credenciados pelo SUS (LOBOSQUE, 2010).

De acordo com estes dados, pode-se verificar um processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica, com a implantação de uma rede substitutiva dos hospitais psiquiátricos, além de um trabalho de mudança cultural em relação à loucura.

A Reforma Psiquiátrica começa a se consolidar a partir de julho de 1989, inserindo-se como um importante item das eleições presidenciais chamado “Plataforma de Saúde: Confira seus Candidatos”. Esse tema fazia parte dos programas de Luís Inácio Lula da Silva, da Frente Brasil Popular e Roberto Freire, do Partido Comunista Brasileiro.

O programa de Lula trata basicamente do modelo assistencial, propondo a superação do modelo asilar, investimentos em serviços alternativos, com o objetivo de conservar o doente mental em seu meio. A cidadania é abordada sob o prisma da segregação/discriminação do indivíduo após o diagnóstico psiquiátrico. O programa de Roberto Freire traz, além destes aspectos, a questão da legislação - da normalização, da internação compulsória e da extinção dos manicômios judiciais (BRASIL, 2006, p.35).

É preciso atentar para o fato de que 1989 foi um período de muita discussão ante a possibilidade de eleger diretamente, depois de 30 anos, um Presidente da República. Aqui se destacam dois marcos no estudo da Saúde Mental: a intervenção feita pela Prefeitura de Santos na Casa de Saúde Anchieta - “único hospital psiquiátrico privado da região e que representava o universo manicomial” - e a apresentação no Congresso Nacional do projeto de Lei nº 3657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado (PT - MG)”, precedendo uma reestruturação da assistência psiquiátrica brasileira, utilizando-se a substituição progressiva dos manicômios por “novos dispositivos de tratamento e acolhimento” (BEZERRA JR, 1994).

Rotelli e Amarante(1992) procuram trazer o entendimento da Lei 180 da Reforma Psiquiátrica italiana, tendo por base crítica realizada na década de

1960 ao saber, ao poder e da psiquiatria, levando à exclusão de milhões de cidadãos pertencentes às classes mais baixas. Também explora a Lei 180, causadora de uma revolução na legislação psiquiátrica, a qual se inspirava na Lei francesa de 1838, a qual determinava a custódia e a privação dos direitos de cidadania do doente mental.

Ainda de acordo com Rotelli e Amarante (1992), durante muitos anos todos os países ocidentais tentaram reformar seus sistemas psiquiátricos, com serviços externos ao manicômio, sem que fosse apresentada nenhuma melhora na assistência psiquiátrica ou que a população internada fosse reduzida. A Lei 180, tendo sido aprovada em 1978, só recebeu investimentos governamentais onze anos depois.

As ações desenvolvidas na Itália mostraram que somente a lei não é capaz de modificar a estrutura psiquiátrica existente. Isso engloba questões de poder muito complexas relativas a divergências de interesses econômicos e políticos envolvidas. Nesse enfrentamento deve-se incorporar a importância das mobilizações populares, da construção de serviços alternativos e um trabalho cultural feito com a população, para tentar desmistificar a loucura.

Ferraz (1991) traça comparações com a realidade brasileira, mostrando que, enquanto em nível mundial o mundo discutia a desospitalização, o Brasil sofria com o golpe militar, a política de unificação dos institutos e consequente criação do Instituto Nacional de Previdência Social. Foram feitos investimentos na extensão dos cuidados psiquiátricos, com o aumento de leitos e da multiplicação da rede privada contratada.

Mesmo assim, segundo Ferraz (1991), formou-se um movimento de resistência contra a modificação da legislação psiquiátrica, realizaram-se discussões e experiências, como a de Santos.

Alguns movimentos governamentais, como Prev-Saúde, CONASP e SUDS promoveram mudanças tímidas, sem dar conta de especificidades da saúde mental, tais como: a população permanece divorciada da opinião dos técnicos; o setor lucrativo tem grande acesso ao governo; várias residências médicas estão centradas somente em hospitais; dificuldades econômicas gerais e produção de desassistidos sociais, que encontram no hospital um albergue (FERRAZ, 1991, p.45).

Quanto aos paradigmas orientadores das práticas de saúde, os anos 1960 e 1970 representaram uma forma de adesão aos pressupostos do preventivismo ou cultura da prevenção. Uma vez que a proteção à saúde constitui elemento fundamental nos dias de hoje, determinados cuidados fundamentais para a prevenção e controle das mais variadas formas de doenças se fazem necessários.

A noção de saúde tem sido traduzida, principalmente, como ausência de doença e como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade" (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE apud RODRIGUES, 1994).

Segundo Nieman (1999), diferentemente da doença, em geral tangível, reconhecível e facilmente identificável, a saúde é uma condição obscura e difícil de definir. Uma pessoa pode ser forte, resistente a infecções, apta a enfrentar o desgaste físico e outras pressões da vida cotidiana, mas ainda assim ser considerada doente se seu estado mental, avaliado de acordo com o comportamento que apresenta, for julgado frágil.

A Organização Mundial da Saúde (2016) define saúde como:

Saúde representa um bem-estar social. A "saúde social (bem-estar social) é aquela resposta ou ajustamento às exigências do meio, e depende fundamentalmente das condições socioeconômicas do agrupamento humano onde se vive, da distribuição da riqueza circulante, da oportunidade que se oferece ao indivíduo para que tome parte no esforço organizado da comunidade. A "saúde social" é mais coletiva que individual. Onde há miséria, fome e ignorância; onde é grande a competição da luta pela vida; onde há compreensão entre os homens; onde o desenvolvimento e a economia não oferecem oportunidades a todos; onde o clima político sufoca os direitos essenciais da pessoa humana e a liberdade do homem foi suprimida para que o domínio de alguns se exerça sobre a comunidade; enfim, onde não há bem-estar social, a saúde física e a saúde mental descompensam e são afetadas com repercussões a longo tempo (OMS, 2016).

Desta forma, saúde passa a ser entendida como uma saúde social que é a acomodação do indivíduo dentro da comunidade, e resposta ao meio em que vive, dando a este conceito uma carga de dinamismo, movimento. Conforme confirma Nieman (1999), ainda destaca que o conceito de saúde envolve mais

do que condicionamento físico, já que implica também bem-estar mental e emocional. Uma pessoa revoltada, frustrada, emocionalmente instável, mas em excelente condição física não pode ser considerada saudável, porque não está em perfeita harmonia com seu ambiente. Um indivíduo nesse estado é incapaz de emitir juízos corretos e de ter reações racionais.

Ainda que seja possível considerar esse caminho para mudanças no setor saúde, diferentemente no campo da saúde mental não foram feitos investimentos para uma substituição definitiva do manicômio, formalizado como local de tratamento, com a substituição por serviços externos, numa forma de transição que complementasse a ação junto ao hospital psiquiátrico.

Para Kantorski et al. (2008, p. 03):

[...]é indispensável compreender os avanços e retrocessos do movimento de Reforma Psiquiátrica enquanto processo permeado por conflitos e relações de poder, pois o paradigma que trata da produção da cultura, ao qual a autora se refere e do qual compartilhamos, diz respeito à criação de novos espaços, novos sujeitos, novas formas de compreender e conviver com os diferentes.

Segundo as autoras, a partir de 1992 observa-se uma maior regularidade de estudos acerca de formas de mudança nos processos de cuidado em saúde mental.

Uma documentação relativa ao Programa de Saúde dos quatro candidatos à presidência da república, referindo-se à questão da Reforma Psiquiátrica, pode ser visto apenas no programa da Frente Brasil Popular, do candidato Luís Inácio Lula da Silva. Tal proposta apresentava um processo contínuo de extinção progressiva dos manicômios, desativando-se, a princípio, 20% dos leitos psiquiátricos por ano; ficaria proibida a construção de novos hospitais psiquiátricos e os recursos seriam repassados para os serviços alternativos, os quais acompanhariam as necessidades epidemiológicas (BRASIL, 1994).

A proposta também tinha preocupação em desenvolver ações locais integradas, por meio do SUS, visando ao atendimento a dependentes de álcool e drogas, com a proibição de que esses dependentes fossem internados nos hospitais psiquiátricos. Tais ações representariam um avanço na discussão do

modelo assistencial e conceito de saúde mental, uma vez que permitia englobar, de forma mais eficaz, a complexidade destes fenômenos.

Sousa Campos (1992) relata que o modelo assistencial necessita de uma forma de inter-relação entre o pensamento técnico e o político, devendo considerar também “princípios éticos, jurídicos, organizativos, clínicos, socioculturais, epidemiológicos e o desejo de viver saudável”. O autor chama a atenção para o fato de que:

Os limites financeiros, o enfoque abusivamente normalizador das disciplinas em saúde mental e a transposição mecânica de diretrizes ordenadoras dos sistemas públicos de saúde, como é o caso da hierarquização e da regionalização, podem determinar a fragmentação da doença, impor rigidez de papéis e uma lógica definida por interesses corporativos ou burocráticos. O autor comenta que, para assegurar a qualidade do cuidado e a legitimação dos serviços públicos pelos usuários, deve-se ter presente as "... noções de vínculo, de acolhida e de responsabilizar-se pelo cuidado integral da saúde coletiva e individual, que deveriam sobredeterminar todo o desenho de modelo em saúde - assegurar os contornos e o ritmo de movimento do redemoinho (SOUSA CAMPOS, 1992, p.18).

Considera-se que abordar o tema dos modelos assistenciais é uma tarefa complexa, da qual todos os atores da sociedade e profissionais da saúde, entre outros, têm se ocupado. Entende-se, dessa forma, o reconhecimento da necessidade de haver uma reforma das leis brasileiras. "A legislação que rege a assistência psiquiátrica e os direitos civis, sociais e políticos dos doentes mentais data de 1916 - o Código Civil e de 1934 - Lei 24559/34, que estabelecem o dever do Estado e proteção à pessoa e bens dos psicopatas, incluindo toxicômanos e alcoólatras"(SOUSA CAMPOS, 1992, p.18).

A Lei tem o poder de parar a expansão dos leitos manicomiais, com a implementação de um novo tipo de cuidado e nova rede de assistência. O projeto de lei apresentava-se de forma radical ao apresentar a reforma lenta e gradual, realizada em âmbito federal devido à preservação do princípio federativo. Entretanto, nesta situação existem muitos interesses diversificados, como os da Fundação Brasileira dos Hospitais, academia, imprensa, familiar e setores técnicos. Neste cenário, o projeto de lei de Delgado é idealizado como um modo diferente de olhar o doente mental, dando base aos projetos de modificação no setor.

Delgado (1992) reflete sobre o projeto de lei 3657/89, que intervém no modelo assistencial e, indiretamente, na cidadania (quando se refere ao direito essencial de liberdade e ao tratamento obrigatório). Para o autor, o modelo assistencial implica no rearranjo dos serviços, em novos métodos de atendimento, na democratização e na ruptura do paradigma manicomial. Com relação à cidadania, o autor retoma a relação entre incapacidade civil do louco e direito penal, que implica em duas consequências: "prisão perpétua nos manicômios judiciários aos loucos pobres - como regra, ou a impunidade para maridos homicidas como exemplo de regularidade" (DELGADO, 1992, p. 81).

É preciso destacar que a legislação geralmente se concretiza posteriormente, muito mais reconhecendo legalmente processos já implantados do que determinando novidades na dinâmica da sociedade. Isso fica claro na trajetória da Lei Paulo Delgado e das leis estaduais de proteção aos doentes mentais, resultantes de lutas e movimentos sociais, traduzindo a correlação de forças entre os diversos grupos de interesses na sociedade.

Segundo Amarante (1994), a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental apresentou-se como um espaço de expressão de cidadania, tendo como foco diversas conferências municipais e estaduais. O evento, ao tratar do modelo assistencial, mostrou a importância da construção de novas práticas e formas de lidar com a loucura, transformando-a de um objeto privado a uma questão de vida.

Barros (2005) trouxe uma inovação ao propor entender a periculosidade, do ponto de vista dos sujeitos institucionalizados, passíveis de sofrerem agravos a partir da ação institucional. A periculosidade, na psiquiatria, costuma ser tratada sob o prisma do potencial de ameaça que o louco representa para si e, principalmente, para a sociedade.

Todas essas questões foram sendo introduzidas no debate da reforma procurando trazer à discussão indagações para o cotidiano dos profissionais de saúde mental. A prática do internamento, no começo do século XIX, coincide com a percepção da loucura como desordem na conduta, e tinha como espaço o hospital psiquiátrico.

Atualmente, no processo de Reforma Psiquiátrica, pode-se supor o entendimento da loucura como incapacidade de adaptação aos limites que a convivência da sociedade exige, por sua inconsciência e tendo como *habitat* o serviço de atenção à saúde mental, denominado centro de convivência comunitária, hospital-dia, ambulatórios, ou mesmo, pensão pública protegida (AREJANO, 2003).

Segundo o autor:

[...] a criação dos centros de convivência e o regime de hospital-dia têm como objetivos a diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos, regionalizar os atendimentos, redistribuir o sofrimento psíquico conforme as suas características e necessidades sociais. Como no século XIX, esses novos serviços apresentam como características: tomar conta dos doentes de determinada região; reunir informações;

acompanhar os fenômenos endêmicos e epidêmicos e manter as “autoridades” a par do estado sanitário da região (AREJANO, 2003, p. 32).

Desta forma, os CAPS ou Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), chamados também de serviços alternativos, são serviços de atenção à saúde mental regidos pela lógica antimanicomial em que os dispositivos extra-hospitalares são os suportes de um modelo de atendimento sustentado pelo respeito aos direitos humanos e de cidadania. Esses serviços se estruturam a partir da compreensão de que promoção da saúde envolve aspectos relacionados à qualidade de vida, à equidade, à cidadania, ao desenvolvimento social, econômico e cultural e à participação social.

Historicamente, quase todas as investidas institucionais e societárias direcionadas para o aperfeiçoamento da atenção em saúde mental garantiam acesso aos serviços e defesa dos direitos do cidadão depararam-se com modelos hegemônicos revestidos de interesses ora corporativistas, ora mercantis ou clientelísticos, típicos da nossa sociedade contemporânea, ligada a práticas autoritárias exercidas, em parte, por alguns modelos inter-institucionais vigentes de governabilidade. Para reverter esse trágico quadro, foi necessário um novo ponto de partida (AMARANTE, 1994).

Aliado à necessidade de se manter um trabalho de resistência e de permanente atmosfera familiar, uma outra estratégia de superação de barreiras, quando se trabalha com o sofrimento psíquico, é o cuidar em liberdade (AMARANTE, 1994).

A liberdade como ação terapêutica retratada na clínica do cotidiano poderá, no campo da reabilitação, promover a construção de estratégias que favoreçam a expressão e a vivência dos direitos do paciente em sofrimento psíquico.

De acordo com Arejano (2003), os leitos psiquiátricos em hospitais gerais, centros e núcleos de atenção psicossocial, centros de convivência, cooperativas, hospitais-dia, são uma realidade que dão conta, ainda, de uma pequena parcela da população de usuários dos serviços de atenção à saúde mental em nosso País, o que vem dificultando a implementação do novo modelo de Reforma. Entretanto, observa-se que o direito à liberdade, o respeito, a dignidade de um tratamento humano são questões inerentes aos

novos serviços propostos na relação estabelecida entre o trabalhador de saúde mental e o paciente psíquico.

O redimensionamento da assistência em saúde mental aponta para uma rede:

[...]de atenção que deve substituir o modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços, diversificada e qualificada, através de unidades de saúde mental em hospital geral, unidade de atenção intensiva em saúde mental (em regime de hospital-dia), centros de atenção psicossocial, serviços territoriais que funcionem 24 horas, pensões protegidas, lares abrigados, centros de convivência, cooperativas de trabalho e outros serviços que tenham como princípio a integridade do cidadão (BRASÍLIA, 1992, p. 13)

Como forma de padronização dos serviços prestados, o Ministério da Saúde passa um incentivo antecipado para a implantação do serviço nos valores de R\$ 20.000 (CAPS I), R\$ 30.000 (CAPS II e CAPSij) e R\$ 50.000 (CAPS III e CAPS AD). Para a solicitação do incentivo antecipado, devem-se seguir os procedimentos:

I – Encaminhar ofício do gestor solicitando o incentivo financeiro ao Ministério da Saúde, com cópia para a respectiva Secretaria de Estado da Saúde, junto com os seguintes documentos:  Projeto terapêutico do serviço;  Cópia das identidades profissionais dos técnicos compondo equipe mínima, segundo as diretrizes da Portaria 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002;  Termo de compromisso do gestor local, assegurando o início do funcionamento do CAPS em até 3 (três) meses após o recebimento do incentivo financeiro de que trata esta Portaria; e Proposta técnica de aplicação dos recursos. Se os CAPS não forem implantados em 90 dias, os recursos recebidos deverão ser devolvidos ao MS. Os incentivos serão transferidos, em parcela única, aos respectivos fundos dos Estados, municípios e do Distrito Federal, sem onerar os respectivos tetos da assistência de média e alta complexidade. (BRASIL Portaria GM nº 245, de 17/02/05.)

Toda rede de serviços tem como objetivo garantir o cuidado aos portadores de transtornos psíquicos, de forma que estes possam circular de acordo com suas necessidades, pelos diferentes níveis de atenções disponibilizadas no SUS. De forma, que estes não fiquem restritos aos seus centros de tratamentos como os CAPS ou Centros de convivência, dando-lhes autonomia e liberdade para serem participantes de sua recuperação. Bem

como faz com que toda a rede esteja alicerçada e integralizada para dar o suporte necessário a eles.

É insatisfatório que o Brasil, cujo modelo de política pública tem como preceito a saúde como dever do Estado, ainda tenha sua capacidade instalada sob domínio do setor privado. Devido a estes fatos, conflitos decorrentes desse antagonismo levam a exigir uma permanente e comprometida mobilização social na garantia dos direitos constitucionais de seus cidadãos. Além disso, somente a existência da Lei nº 10.216 não é suficiente para o seu cumprimento, é preciso que haja uma reivindicação por parte da sociedade. Apresenta-se então um desafio, continuado e persistente, de se fazer cumprir as leis de proteção ao doente mental.

Desta forma, é necessário entender como aconteceu o processo de Reforma Psiquiátrica dentro do Município de Juiz de Fora. Amarante (2010) ressalta que os princípios fundamentais desta Reforma estão na necessidade de se romper a tradição científica psiquiátrica, de recuperar as marcas negativas que ficaram durante esse processo, da imposição pelas instituições e saberes médicos, apontando a necessidade de que os profissionais envolvidos no processo terapêutico devem ser parceiros para a ressocialização destes portadores. Há também a necessidade do envolvimento das esferas públicas, familiares e usuários a fim de que haja a aquisição desta conquista individual e coletiva.

Contudo, há ainda um estigma velado em relação ao campo da saúde mental; os mitos de periculosidade e de falta de identificação social que se direcionaram ao paciente com transtorno mental. Somados a isso, muitas vezes a própria dificuldade dos profissionais envolvidos que se embasam em práticas antigas de execução e por não permitirem que o paciente tenha o poder de transformar-se como ator de sua reabilitação (LOBOSQUE, 2010).

A experiência juizforana dentro do cenário da saúde mental permeia a construção de políticas públicas no Brasil, que visam ampliar os direitos e as condições de cidadania aos portadores em sofrimento mental. Na verdade, há uma dívida social com esses indivíduos quando sofreram uma atribuição pela sociedade ao lugar que lhes fora imposto como clausura e ausência de direitos e pela intervenção da psiquiatria corroborar os hospitais psiquiátricos como espaço desta segregação. Foram nas últimas três décadas do século XX que

se estabeleceu a luta pelos direitos que resultou com a Reforma Psiquiátrica. Há nesta reforma uma característica de resignificação das relações estabelecidas pela loucura, passando a ter um enfoque mais humano, com tratamento digno e verdadeiro (SILVA, 2008).

Durante a construção de uma política pública em saúde mental, nota-se *a priori* os interesses privados que mantiveram a influência que protegia o modelo asilar centrado no setor privado. Até 1986, o atendimento psiquiátrico aos usuários de Juiz de Fora e adjacências era realizado por sete hospitais psiquiátricos privados. Os atendimentos que eram realizados pelo então extinto INPS eram irrisórios diante do número expressivo de internações. Diante deste cenário, foi elaborado e implementado um projeto de Reformulação da Assistência em Saúde Mental. Constatou-se um debilitado número de profissionais que se interessavam em construir mudanças na área. Com a discussão do tema, foi realizado em 1986 o primeiro Seminário de Assistência em Saúde Mental de Juiz de Fora, ofertando apoio para um projeto de reordenação das redes de atenção à saúde mental.

Em outubro de 1987, realizou-se o III Encontro Regional que culminou na afirmação de critérios para as internações psiquiátricas na região de abrangência. A criação do Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP), no Pronto Socorro Municipal (PSM) foi um avanço significativo na atual conjuntura e serviria de porta de entrada para o Hospital Dr. João Penido (HJP), onde seriam inseridos 40 leitos para fase aguda dos pacientes (MENDES, 2000).

Apesar da melhoria com a implantação das formulações no município, a Reforma Psiquiátrica ainda se mostrava estagnada devido à hegemonia das práticas psiquiátricas que conservavam o modelo hospitalocêntrico. Ficando claro o recuo da evolução da Reforma em decorrência da cultura manicomial ainda inserida no município, bem como interesses particulares e a resistência dos profissionais com a insistência da manutenção do modelo asilar comprovados pelos altíssimos números de internações auditados em Belo Horizonte, Barbacena e Juiz de Fora, ficando conhecido como o corredor da loucura (MENDES, 2000).

Como resultado desta auditoria, foi estabelecida a criação de uma porta de entrada para as internações, em Juiz de Fora, o SUP, vinculada ao Hospital de Pronto Socorro – HPS, criação de leitos psiquiátricos e criação dos CAPS

ou NAPS. Desta forma, houve a necessidade da criação de uma Coordenação de Saúde Mental em 1992, cuja ação inicial foi de coibir internações que extrapolassem o número existente de leitos e a criação de leitos que atendessem à demanda dos usuários dependentes de álcool e outras drogas. Também na década de 90, foi realizada a Primeira Conferência Municipal de Saúde Mental em que ocorreu a aprovação do Plano Municipal de Saúde Mental e foram instituídas duas equipes técnicas qualificadas ao atendimento aos portadores de transtornos mentais e dependentes químicos. Em 1994, foi criado o Instituto de Saúde Mental (ISM), passando em 2004 a denominar-se Departamento de Saúde Mental (JUIZ DE FORA, 1992).

Dentro deste cenário, houve mudanças em relação ao tratamento com o paciente, com as instalações dos novos centros e quanto à oferta da qualificação dos profissionais, apesar de persistirem os leitos psiquiátricos em hospitais privados, não tendo sido mencionada em nenhuma pauta de reunião a extinção dessas instituições.

Em relação à rede de serviços, o CAPS Casa Viva, em 1996, foi credenciado pelo Ministério da Saúde para atender aos usuários em sua maioria com quadros de psicose graves. Atualmente é responsável pelo atendimento das populações centro, sul e sudeste da cidade, e pelo matriciamento, que se caracteriza por uma troca de experiências e situações compartilhadas que proporcionam intervenções terapêuticas entre os usuários e profissionais da Saúde Mental e as Unidades de Atenção Primária à Saúde. Em Março de 2014, foram inauguradas as novas instalações do CAPS Casa Viva, modalidade III, com funcionamento 24 horas, e comoito leitos de retaguarda para observação e acompanhamento dos pacientes (JUIZ DE FORA, 2016).

A criação deste primeiro CAPS em Juiz de Fora permitiu o início de uma tentativa de reformulação na mentalidade manicomial, e, mesmo havendo resistência da população e da cultura, a Coordenação de Saúde Mental procurou adequar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica a partir de 2006 (BRASIL, 2002).

O fechamento das instituições ocorreu por meio do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (Pnash) do Ministério da Saúde, em que os hospitais psiquiátricos passaram por uma rigorosa avaliação de condições de

higiene, alimentação, farmácia e a forma de tratamento dada aos pacientes. Desta forma, era atribuída uma pontuação que credenciava ou não a instituição. Sem receber a verba proveniente do SUS, os proprietários optaram por desativar as instituições (BRASIL, 2002).

Em fevereiro de 2015, ocorreu o fechamento da última instituição psiquiátrica em Juiz de Fora, a Casa de Saúde Esperança, onde homens e mulheres permaneciam em estado asilar. Aproximadamente 97 pacientes foram transferidos para o Hospital Ana Nery, situado neste município que atualmente pertence à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município (AMARO, 2016).

A RAPS<sup>1</sup> em Juiz de Fora é composta pelos CAPS, sendo os que oferecem leitos de retaguarda, o CAPS Casa Viva e CAPS AD, com oito leitos, CAPSij com um leito. O Centro de Atenção à Saúde Mental (CASM), Centro de Convivência, sendo estes localizados no mesmo endereço do Departamento de Saúde Mental, o SUP com sete leitos credenciados, podendo receber até 24 pacientes. O Hospital Ana Nery, com credenciamento de 24 leitos para o tratamento de alcoolismo e outras drogas e transtorno mental, e o Hospital João Penido, com nove leitos credenciados para o atendimento psiquiátrico e dependência química. E os SRT, também conhecidos como Residências Terapêuticas (RT`s), que são casas destinadas a receber os indivíduos com transtornos mentais, os quais são provenientes de instituições de longa permanência, impossibilitados de retorno a sua família de origem (BRASIL, 2002).

As RTs abrigam até dez moradores, onde permanece um cuidador 24 horas todos os dias em regime de escala. São credenciadas pelo Ministério da Saúde como tipo II, que pode receber indivíduos com comprometimento clínico maior. A administração é terceirizada e realizada por Organizações Não

---

<sup>1</sup> A proposta da RAPS é garantir a livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas. A Rede integra o Sistema Único de Saúde (SUS). A Rede é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimentos (UA), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III).

Governamentais (ONGs) e são geridas pelo Grupo Espírita de Assistência aos Enfermos – GEDAE e pela Associação Casa Viva. É repassado às ONGs pelo Ministério da Saúde um valor de dois mil reais por morador para sanar os custos básicos e pagamento dos profissionais. Atualmente são 29 RT`s em funcionamento na cidade (JUIZ DE FORA, 2016)

Apesar de grandes avanços na área da Saúde Mental no município, ainda encontram-se entraves a serem resolvidos, como a área descoberta da Zona Norte que necessita de implantação de novos CAPS, como CAPS III, CAPS ij e CAPS AD, já pactuados desde 2012, mas sem implantação. Ocorre também a sobrecarga nos atendimentos das urgências psiquiátricas no HPS devido à dificuldade de os municípios vizinhos criarem a rede substitutiva.

Ainda há um número pequeno de leitos disponíveis; o HJP tinha previsão de abertura de 25 leitos psiquiátricos, mas apenas nove encontram-se credenciados. Ainda encontra-se resistência da família dos portadores em sofrimento psíquico, que vivencia tensões em decorrência da inclusão de um membro que há muito se encontrava isolado e respaldado na cultura manicomial (JUIZ DE FORA, 2016).

Deve-se ampliar o olhar para a Reforma chamando estes profissionais também como agentes responsáveis pela mudança, respeitando suas vontades, necessidades e perfil de trabalho.

## **2.2 O Processo de Trabalho da Enfermagem e Saúde Mental**

O Trabalho pode ser definido como o esforço humano em que há a transformação da natureza pelo dispêndio de energia física ou mental. Já o emprego é a relação estabelecida entre quem organiza e quem realiza o trabalho realizando uma espécie de contrato pela relação estabelecida (JOB, 2003).

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) formalizou em 1999 o conceito de trabalho decente que resume as aspirações do indivíduo no âmbito profissional respeitando os direitos trabalhistas, com remuneração adequada, exercido em condições de liberdade, segurança e equidade sendo capaz de garantir vida digna (OIT, 2016).

O trabalho e suas relações trabalhistas evoluíram com o passar dos tempos, da Idade Média aos dias de hoje, se adaptando com as necessidades vigentes da época. Mas é no século XVIII, com a Revolução Industrial, que a noção de emprego toma sua forma, mais se aproximando da contemporaneidade. Quando se fala que o trabalho caminha junto com a evolução da história, é muito oportuno ressaltar a transformação ocorrida no momento em que se avalia a transfiguração da história da Saúde Mental, pois é ancorado nesta que o trabalho desempenhado pela enfermagem ao longo dos tempos modifica, pois é no trabalho que ocorrem as modificações na sociedade.

De acordo com Karl Marx, as relações de trabalho na sociedade capitalista são determinadas pelo modo de produção na vida material, ou seja, explora a força de trabalho que gera um valor excedente a sua produção, sendo esta a base da economia capitalista, surgindo a teoria da mais-valia que se reflete na diferença que a força de trabalho produz além do necessário para sua reprodução, ou seja, produz além do necessário para reproduzi-la. Sendo o salário o preço pago ao trabalhador pela sua força de trabalho, porém o trabalhador produz mais que o salário a ele pago. Surge aí o processo chamado por Marx de alienação do trabalhador, pois o transforma em mercadoria, sendo por ele identificado como o proprietário de sua força de trabalho, pois possibilita a ele enxergar o seu trabalho com empirismo e unilateralidade (MARX, 1867).

A enfermagem organizou-se como profissão a partir do século XIX, marcada pela intensificação da divisão parcelada ou pormenorizada do trabalho, em que seu processo de trabalho foi histórica e socialmente construído.

Segundo Nóbrega e Silva (2009), a sistematização da assistência de enfermagem teve por finalidade atender às necessidades básicas do ser humano em todos os aspectos. Surgiu em meados da década de 50 nos Estados Unidos, com a finalidade de desenvolver e organizar os conhecimentos de enfermagem.

Diversas teorias surgiram para orientar o trabalho da enfermagem no atendimento aos pacientes. O processo de trabalho de enfermagem desenvolveu-se desde o início do século XIX com Florence Nightingale, na

guerra da Crimeia, juntamente com um grupo de quatro enfermeiras e quatorze voluntárias, os quais conseguiram diminuir a taxa de mortalidade dos hospitais britânicos, por meio do diagnóstico e tratamento diferenciado aos feridos da guerra, nos hospitais militares. “Os doentes eram separados de acordo com a complexidade dos ferimentos, a mesma demonstrou a importância da observação e de uma coleta de dados completa pela enfermeira, antes de fazer qualquer julgamento sobre o paciente” (MELO, 2012, p. 7).

Assim o trabalho de enfermagem desenvolveu-se ao longo dos anos, tendo por base as técnicas definidas por Nightingale para sua orientação. Entretanto, a partir de meados dos anos 1970, segundo Farah (2011), com as mudanças ocorridas no mundo do trabalho, a enfermagem sofreu significativas transformações em seu processo de trabalho. Nos dias atuais, pode-se notar repercussões, em particular no setor saúde como do processo tecnológico, das crises de desemprego, englobando a flexibilização e precarização do trabalho.

Conforme Cacciamale e Brito (2002):

[...] a flexibilização avança no Brasil: 68% das empresas utilizam alguma modalidade de flexibilidade, sendo a terceirização (56%) a modalidade mais praticada, principalmente pela indústria e pelo setor de serviços. O autor faz dura crítica à utilização da tecnologia unicamente para a acumulação de capital e à manipulação do ser humano pelo sistema produtivo, posiciona-se contra a flexibilização do trabalho, afirma que o mundo do trabalho vive o paradoxo entre o trabalhador qualificado e a grande massa de trabalhadores desqualificados, submetidos a condições de subemprego. Enfim, essas alterações ocorridas no ambiente de trabalho não configuram uma ameaça do fim da classe que vive do trabalho: trata-se de uma processualidade contraditória e multiforme.

Neste contexto de mudanças, cabe ao enfermeiro assumir a gerência da atenção de enfermagem, buscando controlar a "totalidade" do processo de trabalho e delegando tarefas parcelares aos demais trabalhadores de enfermagem.

O enfermeiro “decide o conjunto de medidas consideradas prescrição de enfermagem, que direciona e coordena a assistência de enfermagem ao paciente de forma individualizada e contínua, objetivando a prevenção, promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde” (COFEN, 2002).

O processo de trabalho de enfermagem está sedimentado em ações relacionadas ao cuidado de enfermagem e exercido por todos os trabalhadores

de enfermagem, mais especificamente pelo técnico e auxiliar de enfermagem, e em ações gerenciais e educativas, exercidas pelo enfermeiro, sustentado pela fragmentação e pelas diferenças sociais que determinam seus saberes e práticas (SILVA e FONSECA, 2005).

De acordo com Almeida (1996, p. 21), no processo de trabalho da enfermagem, “a finalidade imediata é organizar e controlar o processo de trabalho, e a mediata é favorecer a ação de ‘cuidar’ para possibilitar a cura”.

Takemoto e Silva (2007, p. 06) entendem o trabalho em saúde como:

[...] um modo de trabalhar específico, em que o consumo se dá imediatamente no momento da produção. Sendo assim, há a construção de um espaço intercessor nos momentos assistenciais da produção de serviços de saúde entre usuários e trabalhadores, em que ambos vêm instituindo necessidades e modos capturados de agir, num jogo de encontro e negociação de necessidades, o que determina uma maior autonomia no agir dos trabalhadores e equipes.

Teixeira trabalha com a abordagem do atendimento humanizado enquanto um modo de se relacionar com os usuários e propõe: “como um dispositivo indispensável para o bom desempenho da rede técnico-assistencial de um serviço de saúde” (TEIXEIRA, 2003, p. 99).

É possível entender, conforme Teixeira (2003, p. 03), o trabalho na enfermagem, no contexto da humanização como uma busca constante de “um reconhecimento cada vez maior das necessidades de saúde dos usuários e das formas possíveis de satisfazê-las, resultando em encaminhamentos, deslocamentos e trânsitos pela rede assistencial, o que pressupõe ser um atendimento humanizado como postura”, numa forma de comprometimento em receber, escutar e tratar de forma humanizada os usuários e suas necessidades.

Considera-se, então, que o objeto do trabalho da enfermagem, segundo Friedrich e Sena (2002), é a saúde de indivíduos, de famílias e de coletivos, utilizando, em sua prática cotidiana de cuidar, um conhecimento próprio mesclado com outro proveniente das ciências humanas, biológicas e sociais.

Para Friedrich e Sena (2002), a finalidade do trabalho da enfermagem é o cuidado, observando os seguintes princípios: a integralidade, a complementaridade, a continuidade, a especificidade das ações implementadas, a oportunidade e qualidade desse cuidado.

O processo de trabalho de enfermagem, que integra o processo de trabalho em saúde, caracteriza-se pela sua complexidade, heterogeneidade e fragmentação. Deluiz (2001, p. 20) ressalta:

É importante reafirmar que o trabalho de enfermagem deve ser compreendido como um conjunto de práticas sociais/culturais que envolvem o pensar/fazer de diferentes sujeitos que utilizam um conjunto variado e complexo de tecnologias para realizá-lo.

A Lei n.º 7498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, relata que é da competência do enfermeiro prestar uma assistência isenta de riscos aos clientes, sendo-lhe privativa a direção do órgão da enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, bem como a chefia de serviço, cabendo-lhe o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem.

Diante do que foi exposto, é preciso observar que o trabalho em enfermagem é um trabalho de risco, revestido de características específicas e de forte complexidade ao relacionar-se com a vida e a morte (LIMA e ALMEIDA, 1999; ROCHA e ALMEIDA, 2000).

Nas condições em que tem sido realizado, vem se transformando em forma contínua de desgaste e destruição do principal bem que dispõem os trabalhadores da enfermagem: sua energia física e sua capacidade mental (BARROS; ARAUJO; JOHANN, 2013).

Com vista na melhoria das condições da força de trabalho no campo da enfermagem, cada vez mais busca-se a especialização de suas funções, como será vista a seguir pelo trabalho da enfermagem no campo da saúde mental.

Como já foi visto, o trabalho da enfermagem engloba diferentes processos e funções, os quais, precisam evoluir para melhores condições da sua prestação de serviços (LACAZ, 2007).

Neste caso, com as modificações ocorridas por meio da Reforma Psiquiátrica, coube à enfermagem apropriar-se de formas de ação mais específicas as funções de seu campo de atuação.

Segundo Nogueira (2000):

[...] a complexidade do processo de trabalho em saúde em virtude de alguns aspectos: o fato de ser um serviço dependente do laço interpessoal para a eficácia do seu ato; portanto exige-se do trabalhador relacionar-se com a pessoa que o procura, responsabilização, escuta, acolhimento, vínculo, confiança dentre outras e nem sempre os trabalhadores estão preparados para esta dedicação. O segundo aspecto é a não universalidade do valor de uso, o cuidado produzido é restrito a cada indivíduo; ou seja, nem sempre o que fazemos para uma determinada pessoa pode servir para a outra exigindo que estejamos sempre atentos para a subjetividade de cada indivíduo. O último aspecto que refere é que o trabalho em saúde possui fragmentação dos atos, realizado por diversos profissionais, que veem os indivíduos por partes, sem continuidade do cuidado se contrapondo ao princípio da integralidade.

No campo da prática de serviços de enfermagem em saúde mental, segundo Amarante (2008), busca-se uma compreensão de que o papel do enfermeiro em serviços de saúde mental é o de "agente terapêutico, cujo objetivo fundamental é auxiliar o paciente a aceitar a si próprio e a melhorar as suas relações pessoais".

Conforme Lima (2011), há uma necessidade de se considerar as modificações no processo de trabalho de saúde mental, tendo por base o processo de desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica. Uma delas seria na adoção de uma forma de trabalho coletivo, interdisciplinar onde se pode pressupor a coexistência de ações técnicas privativas dos enfermeiros em conjunto com a execução de algumas ações comuns dentro da conformidade de suas relações de poder. É o estabelecimento e manutenção de relações hierárquicas, fundamentalmente entre todos os profissionais atuantes na área de saúde mental, tendo como foco cada qual sua área específica.

No panorama pós-Reforma Psiquiátrica, é preciso buscar uma redefinição da divisão do trabalho na equipe de saúde mental, tendo como objetivo, no campo da atuação dos serviços de enfermagem, uma prática que ofereça o relacionamento terapêutico e o ambiente necessário para ajudar os pacientes a satisfazerem suas necessidades e aumentar seu sentimento de bem-estar ( SOUZA e AFONSO, 2015).

Segundo Kantorski e Silva (2001):

A reflexão sobre as necessidades e possibilidades específicas do trabalho de enfermagem em equipe de saúde mental, na perspectiva de ampliação do objeto de intervenção proposto pela Reforma Psiquiátrica, o trabalho nessa área ganha novos contornos, como, por exemplo, apresenta-se a necessidade de que a esse objeto

redesenhado corresponda novos instrumentos e, nesse sentido, aconteçam algumas modificações nas práticas terapêuticas, como a incorporação de trabalhadores "atípicos" na equipe, como artistas plásticos, professores de educação física, dentre outros; além do que a finalidade do trabalho proposto nessa concepção não admite mais a noção de "cura", mas de reabilitação, reinserção social e, portanto, os instrumentos para esse fim não podem continuar sendo os meios físicos e químicos coercitivos, mas outros que proporcionem a escuta e a valorização do sujeito-cidadão que sofre mentalmente.

Desta forma, as bases para uma assistência de enfermagem eficiente consistem em aceitar o paciente como ele é. Basear o cuidado na pessoa, não no sintoma ou doença. Procurar identificar corretamente o problema. Lembrar que as ações podem aumentar ou diminuir o bem-estar do paciente. Manter-se atualizado. Deixar claro para o usuário o que vai ser feito e qual sua participação na ação: as pessoas tendem a se comportar de acordo com o que se espera delas. Compreender o sofrimento do usuário sem se deixar envolver: saber ser imparcial, mas sendo acolhedor.

Souza e Afonso (2015) alertam para as dificuldades de atuação dos profissionais de enfermagem no serviço de saúde mental; para eles os enfermeiros, em suas experiências, costumam perceber uma lacuna entre os conhecimentos teóricos e práticos apreendidos em sua formação e os saberes específicos indispensáveis para seu desempenho nos serviços de saúde mental.

Inserir-se assim a necessidade de reconhecimento do processo da Reforma Psiquiátrica como um todo, para que possa haver uma transição das formas de trabalho.

Oliveira e Alessi (2003, p. 02) destacam que:

[...] o momento atual do trabalho de enfermagem em saúde mental caracteriza-se pela transição entre uma prática de cuidado hospitalar que visava à contenção do comportamento dos "doentes mentais" e à incorporação de princípios novos e desconhecidos, que busca adequar-se a uma prática interdisciplinar, aberta às contingências dos sujeitos envolvidos em cada momento e em cada contexto, superando a perspectiva disciplinar de suas ações. É, portanto, período crítico para a profissão e favorável para o conhecimento e análise do processo de trabalho nessa área.

Ao propor uma transformação do modelo assistencial em saúde mental, a Reforma Psiquiátrica abriu campo para uma nova forma de atuação das equipes de enfermagem, trabalhando de forma multidisciplinar para o acompanhamento terapêutico do paciente de saúde mental.

A história da psiquiatria e da enfermagem psiquiátrica surgiu no hospício, que era instituição disciplinar para reeducação do louco, o médico, a figura de autoridade a ser respeitada e os trabalhadores de enfermagem, os atores coadjuvantes nesse processo, os executores da ordem disciplinar decorrida dos médicos (KANTORSKI et al., 2008).

Sobre a especificidade do trabalho da enfermagem psiquiátrica, algumas autoras que estudaram a sua história, apontam o fato de que a enfermagem desenvolvida nos hospícios não era do modelo Nightingale, mesmo após a disseminação deste modelo em vários países.

No Brasil, o estabelecimento e organização do hospício moderno levaram à criação de uma primeira escola de enfermagem ligada ao Hospital Nacional de Alienados, a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, com inspiração no modelo francês.

Em 1890, em um contexto de luta dos médicos pelo controle político/científico do Hospício Pedro II, fundado em 1852, no qual permaneceram até algumas décadas depois, como figura subordinada à administração religiosa, surgia essa primeira escola de enfermagem brasileira que tinha entre seus principais objetivos a preparação de pessoal para o trabalho de cuidar dos alienados num espaço medicamente concebido e, portanto, necessitado de mão de obra também médico-cientificamente orientada (KANTORSKI et al., 1992).

O comprometimento dos trabalhadores de saúde mental faz com que a Lei tenha eficácia e proporcione deliberadamente a consolidação de seus princípios, ideários e objetivos. Mais do que isso, trabalhadores, usuários dos serviços e familiares proporcionam as estratégias de articulação necessárias à concretização dos direitos dos pacientes psíquicos, assegurando uma atenção em saúde mental ética, eficaz e qualificada.

A práxis tem por base o conhecimento de que a promoção de saúde é muito complexa e ampla, envolvendo condições ambientais, sociais, políticas e econômicas, sabendo ser essencial a participação ativa da comunidade na construção e consolidação de leis e portarias de proteção ao doente. A eficácia

de um novo modelo somente poderá ser alcançada quando forem adotadas, por trabalhadores de saúde mental, fiéis parcerias com os usuários e suas famílias, agentes detentores de possíveis ações judiciais legais que possibilitem o cumprimento da legislação vigente (PRANDONI et al., 2006).

Segundo Silva (2005, p. 312):

A enfermagem desenvolve seu processo de trabalho com dois diferentes objetos inter-relacionados, o processo saúde-doença mental e uma prática educativa para a participação social. Desse modo, a assistência/cuidado de enfermagem em saúde mental revelou-se tanto no âmbito singular da individualidade – respostas a necessidades individuais de saúde mental, quanto no âmbito da Saúde Coletiva – respostas a necessidades sociais relacionadas à saúde mental.

O processo de trabalho em Saúde Coletiva, em virtude das suas especificidades, pode apresentar diferentes objetos e finalidades e exigir maior participação social dos sujeitos envolvidos com os serviços psiquiátricos públicos. O trabalho de enfermagem busca a ação para a inclusão social, entretanto ele é dependente do trabalho da gestão que, por muitas vezes, impõe limites ao trabalho inovador interditando essa possibilidade aos demais serviços. O trabalho de enfermagem que tem por objeto o cuidar individual é desenvolvido, sobretudo, no hospital como parte do trabalho médico que, historicamente, incorporou como seu objeto de trabalho os corpos individuais. Dentro disso, a enfermagem ampliou seu sistema de assistência, organizando em dois processos diferentes de assistência, sendo eles o individual e o coletivo (SILVA, 2005).

Neste contexto, é preciso entender que o tratamento das chamadas "doenças mentais" não envolve somente um processo de que diagnostica e tem como produto a cura, como pretendia a psiquiatria clássica. O modelo de tratamento previsto pela Reforma Psiquiátrica pretende cuidar do portador de transtornos mentais sem ocupar somente daquilo que pode ser considerado uma "doença" (SILVA, 2005, p. 312). Deste modo, tem o objetivo de atender as pessoas que necessitam de cuidados psíquicos em sua individualidade e em sua relação com o meio social.

Novamente destaca-se aqui a importância dada às questões coletivas da

assistência em atenção básica, as quais se baseiam nas áreas de Saúde Pública e Saúde Coletiva, levando em conta os objetivos da assistência de enfermagem da equipe de saúde no planejamento, na programação, na promoção da saúde, na prevenção de doenças do indivíduo, família e comunidade, a partir de um contexto sociocultural, epidemiológico e demográfico. Procuram também mediar a construção e apropriação de saberes específicos da enfermagem, enquanto ciência na assistência aos usuários de Saúde Mental.

Para isso, a rede territorial de serviços substitutivos ao manicômio que está sendo criada pela Reforma Psiquiátrica inclui centros de atenção psicossocial, clubes de convivência e de lazer assistidos, cooperativas de trabalho protegido, oficinas de geração de renda e residências terapêuticas. Todos eles seguindo a lógica da descentralização e da territorialização do atendimento em saúde, previstos na Lei Federal que institui o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil (SILVA, 2005, p. 14).

A enfermagem, quando passa a atuar no campo psicossocial dentro de uma equipe de saúde, deve estar atenta para dois pilares de atendimento: ao das necessidades de atendimento da população e ao de sustentação do vínculo existente, a fim de manter a proximidade social, muito necessária ao vínculo entre profissionais, usuários e família dos portadores de sofrimento mental.

Esta nova orientação impõe a incorporação de novos saberes e execução das tarefas, repercutindo no tipo de resposta e no produto ofertado pelos profissionais da enfermagem, acostumados a se manterem apenas como executantes de ordens e com uma hierarquia preestabelecida.

Esta nova visão de prática e saber é antagonista do modelo hegemônico da indústria manicomial; a equipe de enfermagem dentro da saúde mental deve assumir seu novo papel, sendo ele de formação média ou superior, não mais competindo e sim compondo, cooperando e não rivalizando, não admitindo a submissão, mas sim a cooperação, baseado na expectativa de que o produto de nosso trabalho possa restaurar sua dignidade através de mãos e mentes solidárias que se integram para um bem comum (SILVA, 2005).

Desta forma, a enfermagem também tem a tarefa de ser agente modificadora deste novo cenário que ainda necessita de readequação e de acomodamento de ideias e ações que beneficiem tanto os usuários, como seus familiares, comunidade e profissionais de saúde. A equipe deve gerenciar suas ações e embasar no processo terapêutico do paciente, proporcionando-lhe autonomia e reconhecimento do seu papel de cidadão.

Há, também, a necessidade de um olhar voltado aos profissionais que lidam diretamente com os atores da Reforma Psiquiátrica, os quais dedicam seus corpos e especialmente mentes para uma possibilidade de aquisição de melhores condições de vida desses pacientes. Dar voz ao trabalhador serve de estímulo e repercute na realização de seu trabalho, fazendo com que este se sinta valorizado pelo serviço prestado e aumenta sua satisfação pessoal. Foi com intuito de dar voz, escuta e aspiração de mudanças a esses profissionais que este estudo foi desenvolvido.

### 3 DESENHO TEÓRICO E METÓDICO DO ESTUDO

#### 3.1 Teoria das Representações Sociais

A Sociologia define como sociedade um conjunto de indivíduos que dividem uma cultura com as suas formas de estar na vida e os seus fins, e que interatuam formando uma comunidade. Na década de 60, foi notório o interesse pelos fenômenos da simbologia e pelas suas tentativas de explicação, ganhando maior notoriedade em meados dos anos 1980 (BRASIL, 2007).

O surgimento da Teoria das Representações Sociais (TRS) deve-se ao romeno, naturalizado na França, Serge Moscovici, que introduziu conceitos de representação social com a publicação, em 1961, da obra *La Psychanalyse: son image et son public* (A Psicanálise: sua imagem e seu público), que estudou as formas de introdução do pensamento psicanalítico no pensamento popular na França. Para tanto, pesquisou cerca de 200 jornais e revistas franceses num período de um ano, utilizando questionários semiestruturados a fim de coletar opiniões sobre a psicanálise e psicanalistas (GUARESHI, 2008).

Sua investigação objetivava compreender como um saber científico se estabelecia na mente de grupos e indivíduos, ou seja, estudou cientificamente o senso comum. Na verdade, ele estava interessado nas representações leigas oriundas da ciência, no limite entre a ciência e o pensamento leigo (BRASIL, 2007).

As Representações Sociais (RS) têm em suas origens, influências da antropologia de Lévi-Bruhl e da sociologia de Durkheim, principalmente no intuito de Representação Coletiva. Outros teóricos também contribuíram para a consolidação da RS, como Saussure, com a teoria das linguagens, Piaget, com a teoria das representações infantis e Vygotsky, com a teoria do desenvolvimento cultural (MOSCOVICI, 2009).

Moscovici tornou o conceito arrojado e passível de mudanças, aplicável nas sociedades contemporâneas, baseadas nas comunicações em massa. A ascensão do saber popular e do conhecimento do cotidiano pôde ser obtido por meio desta sistematização que passou a servir como ferramenta para outras

áreas de estudo, além da Psicologia, servindo também para a saúde e a educação (ALMEIDA, 2009).

Nos processos de origem e formação das RS, está a sequência de representar novos objetos ou situações, na tentativa de transformar o estranho em familiar, por meio de um mecanismo duplo de familiarização postulado por Moscovici em 1961. O primeiro trata da Objetivação, que consiste em uma operação que forma imagens a partir de um objeto abstrato ou uma ideia abstrata é transformada em objeto real, de forma a auxiliar a visão de um novo conceito. Já a Ancoragem é o processo de conceituar e denominar o desconhecido, ou seja, o familiar ancora o novo e este as representações já existentes (GUARESHI, 2008).

As representações sociais se apresentam como um modo de pensar e interpretar a realidade do cotidiano, uma forma de conhecimento desenvolvida pelos indivíduos e grupos a fim de fixarem suas posições em relação a situações, objetos e comunicações que lhes dizem respeito. O meio social influencia de várias formas, como a comunicação estabelecida entre as pessoas, a bagagem cultural, códigos, valores e ideologias que estão ligados às posições e vinculações sociais. Ou seja, a representação social é um conhecimento prático, que norteia os eventos cotidianos, forjando as evidências da realidade apreendida e ajudando na edificação da realidade social (SANTOS, 2005).

A representação que um grupo organiza sobre o que deve fazer para produzir uma rede de semelhanças entre seus integrantes faz com que se tenham os mesmos procedimentos e objetivos específicos. Há a elaboração por uma coletividade, que favorece a organização do funcionamento cognitivo do grupo. A representação é sempre a atribuição da posição que as pessoas ocupam na sociedade. Toda representação social representa algo ou alguém, o que não configura a cópia do real e nem parte subjetiva. Ela é o processo que se traduz em uma ligação entre as coisas e o mundo (MOSCOVICI, 2009).

Há desta forma uma transformação de experiências e de percepções que se decodificam em uma nova visão. O contato entre a novidade e o sistema de representação preexistente resulta em fenômenos que de certa forma se opõem, dando as representações a ambiguidade de serem tanto transformadoras como rígidas. As representações sociais nascem na direção

das variações que geram novos conteúdos. Durante essas variações, as coisas não apenas se modificam como também podem ser vistas de forma mais claras e são formadas pelo senso comum por meio das interações sociais (MOSCOVICI, 2012).

Milanelli (2010) corrobora com a afirmativa, ilustrando que o comportamento social é comum a todo ser humano e a exteriorização mostra que essas representações estão no mundo exterior do ser humano, ou seja, as representações sociais exercem uma influência independente de sua vontade.

Moscovici (2009) ressalta que o propósito das representações sociais é tornar algo que não é conhecido em algo palpável, concreto. Desta forma, é com essa finalidade que os indivíduos constroem as representações sociais, para que possam entender o contexto em que estão inseridos. Assim, as representações podem ser (re) construídas, promovendo uma interação entre o sujeito e o objeto.

Abric (2000), com a função de saber, permite compreender e explicar a realidade. O senso comum faz com que os indivíduos adquiram conhecimentos que os torne assimiláveis; a função identitária define a identidade e permite a elaboração de sua identidade social; função de orientação que permite guiar os comportamentos e as práticas, representando um norte para as ações do sujeito, que resultam em três fatores de grande relevância – a finalidade da situação, a antecipação e expectativa e a prescrição de comportamentos; e a quarta e última, a função justificadora que permite a justificativa das tomadas de posição e dos comportamentos, permitindo explicar e justificar suas condutas.

Abric (2000) propõe que o núcleo central das representações sociais é determinado, por um lado, pela natureza do objeto representado e, por outro, pela relação que o sujeito mantém com este objeto. É a finalidade da situação na qual se produz a representação que determinará seu(s) elemento(s) central(is). Este núcleo central é o elemento não variante, rígido, resistente às mudanças, gerando o significado da representação e determinando sua organização.

Os estudos que utilizam TRS podem seguir pelas possibilidades de entendê-la enquanto processo e ou enquanto estrutura. No presente estudo

optamos por uma linha que visa entender essas representações na perspectiva do processo.

As representações sociais exercem papel fundamental na dinâmica das relações sociais e práticas. Desta forma, há uma necessidade de conhecer as representações sociais das equipes de enfermagem atuantes nos CAPS, de suas práticas e de seus cotidianos. Isso porque a TRS possibilita o entendimento e o significado das técnicas de saúde dos profissionais e sua interação com a sociedade e com seu campo de atuação e de como as representações podem modificar o trabalho desenvolvido em seus processos de trabalho.

### **3.2 O Método do Estudo**

Levando-se em conta o objeto da pesquisa, optamos pelo método de investigação qualitativa descritiva analítica, pois o estudo tem por finalidade alcançar saberes subjetivos de um fenômeno social, que não são quantificáveis. Segundo Minayo (2012), a pesquisa qualitativa preocupa-se com fatores que não podem sofrer tratamento estatístico, pois visa a uma compreensão mais profunda de sentidos como medo, valores, crenças, aspirações e atitudes. Ou seja, que o caminhar humano não pode se resumir ao resultado de variáveis.

O estudo será descritivo com abordagem qualitativa, pois caracteriza a descrição de fenômenos humanos com mais profundidade, visando captar sua essência, origem, relações e transformações. Os dados coletados são analisados minuciosamente, valorizando suas informações e detalhes, visando esclarecer uma visão mais elucidativa do objeto do estudo (TRIVIÑOS, 2011).

A pesquisa descritiva permite facilitar a compreensão dos fenômenos sociais em seu contexto natural e em toda sua complexidade, privilegiando o entendimento dos comportamentos a partir das perspectivas dos sujeitos do estudo.

O estudo qualitativo destaca-se pela forma holística que conduz as pesquisas, levando em conta o entendimento, a construção de sentidos. A pesquisa buscará como os sujeitos percebem as situações vividas e como

lidam com elas. A abordagem qualitativa não tem como finalidade numerar ou medir unidades ou categorias homogêneas. Visa entender a relação causa e efeito do fenômeno para posteriormente chegar à verdade e à razão, além de investigação de fatos do passado e grupos dos quais se dispõe de pouca informação. Pode-se dizer também que ela permite observar como cada indivíduo, grupo ou instituição, vislumbra a realidade pesquisada, identifica conceitos e variáveis relevantes de situações que podem ser estudadas quantitativamente (TRIVINÓS, 1987).

Na abordagem qualitativa, o sujeito observador é parte integrante do processo de compreensão, interpretando os significados e dando-lhes significados. Além disso, garante flexibilidade ao pesquisador, que poderá moldar suas perguntas de acordo com o andamento da pesquisa. É uma capacidade de *feedback*, de autocorreção do método, de avançar adaptando-se às circunstâncias que se apresentam por novas hipóteses (MINAYO, 2007).

Desta forma, a abordagem qualitativa busca alcançar o discernimento aprofundado dos sentimentos e saberes, das maneiras de agir e pensar, possibilitando imersão na área pesquisada.

### **3.3 Cenário de Pesquisa**

O cenário de estudo são cinco unidades de CAPS situadas no Município de Juiz de Fora, que pertencem à mesorregião da Zona da Mata, com população estimada em 559.636 mil habitantes (IBGE, 2016). A cidade é assistida por dois CAPS que funcionam 24 horas, que são o CAPS III – Casa Viva e o CAPS AD. Contam com equipes de diaristas (escalas de 40 horas semanais) e com os que fazem plantões de 12x36. Os CAPS ij, Leste e Hospital Universitário (HU) funcionam em esquema de segunda a sexta no horário de 8 às 17 horas. Desenvolvem atividades de acolhimento, atendimento individual e em grupo, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento às famílias e atividades integrativas entre o usuário e a comunidade (BRASIL, 2002).

O CAPS Leste possui uma área de abrangência de aproximadamente 200 mil pessoas. Atendendo alguns bairros das zonas Leste

e Nordeste, respectivamente, São Sebastião, São Benedito, Grajaú, Linhares e Nossa Senhora Aparecida e Parque Guarani, Nossa Senhora das Graças, Bandeirantes, Grama, Granjas Betânia e Filgueiras. Atende também os bairros Vitorino Braga, Bairu, Ladeira e Manoel Honório, que fazem parte das áreas descobertas.

O CAPS CasaViva atua na modalidade III contando com leitos de acolhimento 24 horas, com população de abrangência em sua maioria nas zonas Centro e Sul e com os seguintes bairros a serem futuramente incorporados: Retiro, Jardim Esperança, Santo Antônio, Lourdes, Jardim da Lua, Olavo Costa, Vila Ideal e Furtado de Menezes. A média de atendimentos mensal é de 280 consultas e acolhimentos e 50 pacientes internos de segunda a sexta.

O CAPS ij atende crianças e adolescentes até 18 anos, podendo também, em alguns casos, atender até os 25 anos. Recebe pacientes referenciados de todas as Unidades de Atenção Primária à Saúde, do Serviço de Urgências Psiquiátricas (SUP) do Hospital de Pronto Socorro de Juiz de Fora, Conselho Tutelar e da Vara da Infância e Juventude. Realiza atividades terapêuticas de artesanato, fotografia, música, culinária e esportes, esta em parceria com a UFJF. São realizados cerca de 40 atendimentos mensais com psiquiatras, psicólogas. Há também uma pedagoga e educadora física.

O CAPS AD, modalidade III, abarca toda a área de Juiz de Fora e zona rural, sem necessidade de referenciamento. Faz cerca de oito a nove atendimentos novos por dia. Desempenham oficinas de culinárias, onde são aceitas encomendas, de jardinagem e horta, artesanato, costura e marcenaria. São realizados grupos dos Alcoólicos Anônimos (AA).

O CAPS HU atende cerca de 55 pacientes, dos quais 25 ficam na casa em período integral (manhã e tarde), e 30 em menos tempo. Eles participam de oficinas e outras atividades extramuros, como artesanato, oficinas de cidadania e educação em saúde com os acadêmicos da UFJF.

### **3.4 Os Sujeitos do Estudo**

Durante a realização da pesquisa, o quadro de profissionais lotados e ativos nos CAPS totalizava o número de 28 profissionais entre técnicos e enfermeiros. Foi necessário excluir quatro enfermeiras recém-contratadas e dois técnicos em enfermagem como critério de exclusão de tempo mínimo, conforme explicado abaixo . Desta forma, participaram deste estudo 15 trabalhadores das equipes de enfermagem, sendo quatro enfermeiros e 11 técnicos de Enfermagem atuantes nos CAPS da cidade de Juiz de Fora. O período de realização das entrevistas foi de janeiro a fevereiro de 2016.

Os critérios de inclusão para participar da pesquisa foram: atuar em um dos CAPS do Município, pertencer à categoria de Enfermeiro ou Auxiliar de Enfermagem; com qualquer tipo de vínculo empregatício, estarem inseridos no serviço por um período mínimo de três meses e aceitar participar como voluntário, demonstrando sua aquiescência por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**ANEXO**), elaborado de acordo com as disposições regulamentadoras da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012). Os participantes foram participantes nos seus horários de trabalho em suas lotações.

Antes de iniciar as entrevistas, foi requerida a autorização da coordenadora do Departamento de Saúde Mental e dos coordenadores de cada CAPS. Tal solicitação abarca a realização da pesquisa, menção do cenário na divulgação dos resultados exclusivamente em eventos e/ou periódicos de natureza científica. Foram esquematizadas duas tabelas acerca dos participantes.

TABELA 1: Caracterização socioeconômica dos participantes desta pesquisa.

Participantes	Estado Civil	Idade	Religião	Formação	Atuação Profissional
TE 1	Solteira	42	Evangélica	Técnico	17 anos
TE 2	Solteira	43	Católica	Técnico	8 anos
TE 3	Casada	51	Católica	Técnico	16 anos
TE 4	Casada	46	Evangélica	Técnico	4 anos
TE 5	Solteira	56	Evangélica	Técnico	13 anos
TE 6	Casada	38	Católica	Técnico	7 anos
TE 7	Casada	56	Católica	Técnico	22 anos
TE 8	Divorciada	53	Católica	Sup.incompleto	30 anos
TE 9	Divorciado	43	Evangélico	Técnico/superior	14 anos

TE 10	Casada	43	Muçulmana	Sup.incompleto	5 anos
TE 11	Divorciada	33	Católica	Técnico	7 anos
E 1	Casada	59	Católica	Mestrado	30 anos
E 2	Casada	45	Católica	Especialização	4 anos
E3	Casada	51	Católica	Especialização	6 meses
E4	Solteira	33	Católica	Especialização	7 anos

TABELA 2: Caracterização socioeconômica dos participantes desta pesquisa.

Participantes	+ 1 Vínculo	Forma de Ingresso	Salários <sup>2</sup>	Filhos	Jornada de Trabalho
TE 1	Não	Processo seletivo	1	1	8 H
TE 2	Sim	Processo seletivo	2	1	8 H
TE 3	Sim	Processo seletivo	3	1	8H
TE 4	Não	Processo seletivo	3	2	8H
TE 5	Não	Processo seletivo	4	0	8H
TE 6	Não	Concurso	5	2	6H
TE 7	Não	Processo seletivo	3	2	8H
TE 8	Não	Concurso	4	1	6H
TE 9	Não	Concurso	4	5	6H
TE 10	Sim	Processo seletivo	2	1	8H
TE 11	Não	Concurso	2	3	8H
E 1	Não	Concurso	15	3	6H
E 2	Sim	Processo seletivo	5	2	8H
E3	Não	Processo seletivo	2	2	8H
E4	Sim	Processo seletivo	5	0	8H

Fonte: Ministério do Trabalho.

De acordo com esses dados, dos 15 entrevistados, dois encontram-se entre a faixa etária dos 24 a 34 anos, cinco entre a faixa etária de 35 a 44 anos e sete entre a faixa etária de 45 a 57 anos e um entrevistado com idade acima de 59 anos.

Em relação ao sexo, um dos 15 participantes pertence ao sexo masculino. Este dado reforça a pesquisa desenvolvida pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) em parceria com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) realizada em 2015, que traçou o perfil da Enfermagem no Brasil. De acordo com a referida pesquisa, a equipe de enfermagem é predominantemente feminina, sendo constituída por 84,6% de mulheres, e 15%

<sup>2</sup> Salário mínimo vigente em 2016: R\$ 880,00. Fonte: Ministério do Trabalho.

de homens com um crescente aumento do contingente masculino a partir de 1990.

No que se refere aos participantes, dos 11 técnicos, dois possuem curso superior incompleto; dos quatro enfermeiros entrevistados, três possuem especialização e um, mestrado. De acordo com a pesquisa anteriormente citada, os trabalhadores de nível médio apresentam escolaridade acima da exigida para o desempenho de suas funções, com 23,8% com superior incompleto e 11,7% com graduação concluída (BRASIL, 2015).

Em relação à situação conjugal, dos 15 entrevistados, quatro declaram-se solteiras, oito, casados e 3, divorciados.

Quando questionados sobre o vínculo profissional, dos quinze entrevistados, cinco são concursados e os outros 11 são contratados por processo seletivo pela Prefeitura ou pela Fundação Hospital Universitário (FHU). A noção de vínculo versa sobre a responsabilidade e o compromisso dos profissionais com os usuários do sistema, com uma relação de troca e confiança, permitindo um trabalho mais completo e com resolutividade, gerando um sentimento de satisfação. Serviços sem a interrupção de eventos (STARFIELD, 2002, p. 247).

Sobre a renda familiar, os 11 técnicos entrevistados possuem apenas um vínculo empregatício, oito possuem renda individual/familiar de um a quatro salários mínimos (valor de R\$880,00 na época da realização da entrevista) e somente um possui dois vínculos e renda de cinco salários mínimos. Entre os enfermeiros, dos quatro entrevistados, dois possuem dois vínculos e renda de cinco salários mínimos e os outros dois com apenas um vínculo e renda de dois salários mínimos e um participante com renda de 15 salários. A pesquisa da FIOCRUZ encontrou um alto índice de pessoas que declararam ter renda total de até R\$ 1.000,00. Dos profissionais de enfermagem no Brasil, a maioria (63%) tem apenas um vínculo (BRASIL, 2015).

A respeito da jornada de trabalho, dos 15 entrevistados, 73% trabalham oito horas diárias, sendo o restante com uma carga horária de 6 h/d. A jornada de trabalho pode vir a ser um elemento que gera desgaste e sofrimento ao trabalhador, incluindo-se horas trabalhadas em demasia e com

sintomas físicos e/ou mentais em decorrência do trabalho que realizam (SILVA, 2006).

Após a descrição das características dos sujeitos do estudo serão analisadas as demais categorias que emergiram acerca das entrevistas e análise realizadas.

### 3.5 Apreensão das Informações

Inicialmente fui aos CAPS a fim de me apresentar e agendar possíveis dias e horários preferenciais das equipes e para possibilitar os que atendessem aos critérios de inclusão.

Foi utilizado como instrumento de pesquisa um roteiro de entrevista semiestruturado (**APÊNDICE**) com três questões formuladas com base nos objetivos da pesquisa com o intuito de nortear o pesquisador e não restringir a fala dos participantes. A entrevista, enquanto instrumento de coleta de dados, objetiva construir informações relacionadas ao objeto de pesquisa, a partir da reflexão do indivíduo acerca da realidade que vivencia. Ela é caracterizada pela captação de informações dos atores que vivenciam a realidade da pesquisa estudada, permitindo resultados autênticos, tornando-se um meio de alcançar a compreensão e o aprofundamento das questões subjetivas que suscitaram o estudo (MINAYO, 2007).

Corroborando este pensamento, Turato (2005) destaca que a entrevista se configura como um instrumento muito importante para a aquisição de conhecimento interpessoal, e que, pelo encontro face a face preestabelecido, promove a apreensão de elementos de assimilação e dá conhecimento do todo do entrevistado.

As entrevistas foram gravadas em mídia digital de áudio, transcritas e permanecerão em posse do investigador por um período de cinco anos; após esse prazo serão destruídas. Foram tratadas de forma anônima e confidencial. Por ser uma entrevista, é um tipo de processo que pode causar risco mínimo ao participante quando discorre sobre situações da sua vivência. No entanto, o pesquisador se comprometeu a reparar os danos caso viessem a ocorrer.

As entrevistas ocorreram durante o horário de trabalho dos profissionais de acordo com suas disponibilidades e com um tempo médio de duração de 14 minutos cada entrevista. Antes do início da entrevista, eu me apresentava ao participante do estudo, informando-lhe que era enfermeira, mestranda em Enfermagem com experiência em CAPS, tentando proporcionar ao sujeito entrevistado uma confiabilidade ao falar de sua vivência. Em seguida, expunha os objetivos do estudo e solicitava a aquiescência da participação do estudo.

Também foi explicado sobre a garantia do seu anonimato, e que seriam identificados pelas iniciais de suas funções e por ordem de entrevistas realizadas. Após a concordância dos participantes, iniciava a coleta dos dados.

### **3.6 Proposta de Organização e Análise das Representações**

Diante das informações coletadas nas entrevistas, as respostas foram organizadas baseadas na análise de conteúdo. Segundo Bardin (2008), a análise de conteúdo procura considerar aquilo por trás das palavras sobre as quais se debruça, é uma busca de outras realidades por meio das mensagens.

A fim de desenvolver uma decodificação das mensagens obtidas durante a pesquisa, foi realizada a análise de conteúdo (AC), técnica de tratamento de dados proposto por Laurence Bardin (2008).

A análise de conteúdo foi descrita de forma detalhada e sistematizada por Bardin em 1977. A autora define a técnica como “um conjunto de métodos de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadoras que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens” (BARDIN, 2008, p.44).

Para melhor análise dos dados obtidos, optou-se por elencar as etapas da técnica segundo Bardin (2008), que se organiza em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A pré-análise é a fase em que se organiza o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, organizando as ideias iniciais. Trata-se da organização propriamente dita por meio de quatro etapas: (a) leitura flutuante, em que se estabelece o contato com os documentos da coleta de dados, momento em que se começa a conhecer o texto; (b) escolha dos documentos, demarcação do que será analisado; (c) formulação das hipóteses e dos objetivos; (d) referenciação dos índices e preparação de indicadores, que envolve a determinação de identificadores por meio de fragmentos de texto nos documentos de análise (BARDIN, 2008).

A exploração do material constitui a segunda fase, que consiste no uso do material com a definição de categorias (sistemas de codificação) e a

identificação das unidades de registro - unidade de significação a codificar corresponde ao segmento de conteúdo que poderemos considerar como unidade base, visando obter a categorização e a contagem frequencial e das unidades de contexto nos documentos - unidade de compreensão para compilar a unidade de registro correspondente ao segmento da mensagem, visando compreender a significação exata da unidade de registro. Fase importante, pois permite interpretações e inferências. Esta é a fase da descrição analítica, a qual diz respeito ao *corpus* (qualquer material textual coletado) submetido a um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos. Dessa forma, a codificação, a classificação e a categorização são básicas nesta fase (BARDIN, 2008).

A terceira fase diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Ocorrem nela a compilação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; fase em que o material bruto deverá ser tratado a fim de se tornar significativo, que deverá desvendar os fenômenos sociais. É o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (BARDIN, 2008).

O encerramento da coleta de depoimentos ocorreu no momento em que houve a reincidência de temas necessários à pesquisa, determinando a interrupção da coleta de depoimentos e início do processo de análise. A partir das propostas de Bardin e após a transcrição das entrevistas, foi realizada uma leitura flutuante para uma visão geral e início de organização das falas dos participantes. A fim de preservar o anonimato, as falas dos participantes foram identificadas no estudo com a letra E de Enfermeiro e TE de Técnico em Enfermagem, seguido de números arábicos (1, 2, 3, 4, 5, 6) na ordem sequencial das entrevistas. A partir desta, as entrevistas foram analisadas e agrupadas em categorias nomeadas da seguinte maneira: “O ambiente de Trabalho” e “A (des)valorização do trabalho e do trabalhador”.

### **3.7 Aspectos Éticos e Legais**

Correspondendo aos princípios éticos e legais das normas de pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), antes de iniciar a coleta de dados, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e do Comitê de Ética do Hospital Universitário da UFJF, sendo a coleta de dados iniciada somente após a aprovação do projeto.

Os participantes da pesquisa foram orientados quanto aos objetivos do estudo, sendo obedecidos os direitos de anonimato e podendo eles optarem pela não participação da pesquisa a qualquer momento. Durante este estudo foram garantidos os princípios éticos da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça, conforme informado pelos indivíduos no termo de consentimento livre e esclarecido. O Comitê de Ética e Pesquisa da UFJF aprovou este projeto de pesquisa sob número de Certificado de apresentação para apreciação ética (CAAE) 52613115800005147 e aprovação do Hospital Universitário da Universidade de Juiz de Fora sob o número (CAAE) 526131158300015133.

Foi realizada solicitação para coleta de dados à Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Juiz de Fora, que concedeu a autorização por meio de assinatura de documento (Anexo), permitindo assim a entrada no cenário de estudo.

## **4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS ACHADOS DO ESTUDO**

### **4.1 O Ambiente de Trabalho**

Nesta categoria, será discutido o ambiente de trabalho e suas particularidades representadas pelos participantes, quando será abordado o início das atividades nos CAPS, bem como a percepção dos profissionais quando chegaram e durante a jornada de trabalho e como se mostrou o relacionamento entre as equipes no processo de trabalho e com a coordenação do serviço e gerência direta, além dos relatos de cansaço e sobrecarga dos participantes durante o desenvolvimento de suas atividades laborais.

A atuação do enfermeiro no processo de trabalho é baseada na realidade do público-alvo assistido e é por este que é formulada a possibilidade de esmolhar novas realidades, valorizando os saberes dos usuários, de forma que sejam agentes de seu processo terapêutico. Para tanto, são exigidas dos profissionais algumas adequações decorrentes das “necessidades” setoriais, que muitas vezes podem motivar insatisfações em decorrência da falta de diálogo e inflexibilidade por parte das chefias.

Pensando no fato de estar a maior parte de nossas vidas no local de trabalho, seria interessante que este viesse a ser um local aprazível para a realização de nossas tarefas laborais, para que se pudesse passar as horas estipuladas com prazer e não de forma sacrificante, ou seja, gerar satisfação pela realização daquilo que se espera ou do que se deseja.

Desta forma, estar satisfeito ou não com o trabalho pode variar para cada pessoa ao longo do tempo, dependendo das condições do trabalho em que o trabalhador está inserido, podendo haver oscilações. Na medida em que uma necessidade é sanada, gera-se outra, o que implica na busca por novas satisfações por este trabalhador (JOB, 2003).

Trabalhar com qualidade é de fundamental importância no cotidiano das instituições e das pessoas, relacionando-se a promoção de bem-estar e diminuindo a vulnerabilidade da saúde dependente de seus determinantes e condicionantes (CAMPOS; NETO, 2008).

Desta forma, engloba como trabalho de qualidade o sentir-se bem em seu local de trabalho, o que se observava nas falas dos participantes quando

estes se referem ao processo de admissão no serviço. Os fragmentos que se seguem são marcados pela falta de opção ao serem lotados no serviço,

(...) Vim pelo processo seletivo, pois eles me mandaram dizendo que tinha vaga só pra cá (TE 3).

Por causa do processo seletivo, quando saiu minha vaga e eles me chamaram, aí eu caí aqui. (TE 4).

Eu vim em 2013 porque fui aprovada no concurso, não foi escolha minha (TE 6).

Desde 2015, não queria vir pra cá, não me perguntaram pra onde tinha preferência. Caso não quisesse, teria que largar (E 4).

(...) eu não vim pra cá porque eu quis vir pra cá, eu vim porque me mandaram, porque era aqui que tinha vaga (TE 10).

Nestes fragmentos das entrevistas, percebe-se que há insatisfação no que se refere à impossibilidade de optar pelo local de atuação, a não terem o direito de escolha, caso contrário, isto caracterizaria a desistência da vaga ofertada. O trabalho deveria estar relacionado a sentimentos de prazer e à satisfação de necessidades psicossociais do trabalhador.

De acordo com Martinez (2004), a satisfação com os aspectos psicossociais do trabalho pode influenciar o sujeito e interfere em seu estado emocional. A satisfação no trabalho se relaciona a diferentes aspectos como o ambiente psicossocial de trabalho, a organização do trabalho e suas relações sociais, o que pode interferir no desempenho do funcionário.

Outro aspecto observado nas entrevistas foi a aceitação de entrada no serviço representada como forma de complementação da renda, conforme abaixo.

Eu estava numa fase que precisava aumentar a renda (...) mas também não me perguntaram se eu queria não (TE 7).

Eu vim trabalhar no CAPS através de um processo seletivo pela PJJ(...) pela necessidade de outro emprego(TE 2).

Sabemos que a remuneração também é um fator que colabora com o rendimento e forma de incentivo aos trabalhadores. Porém quando este fator está associado a uma carga extra de função, deve-se observar uma possível

fonte de estresse resultante da existência de dois vínculos. Azevedo (2015) ressalta a importância de que o trabalho deve ser fonte de prazer, uma vez que o indivíduo passa o maior tempo de sua vida nos seus locais de trabalho a fim de obter uma realização pessoal e sustentação básica; caso isto não aconteça, pode vir a ocorrer uma insatisfação e redução em sua produtividade, repercutindo diretamente no cuidado com outro ou no seu produto de trabalho.

Em contrapartida, há aqueles profissionais que se encontram realizados na execução de suas tarefas, optaram por estarem lotados nos CAPS, ou por terem se encontrado profissionalmente dentro do serviço por aprenderem a lidar com a situação à qual lhes foi ofertada, conforme demonstram as falas abaixo.

(...) porque eu gosto da área de saúde mental, sou especialista em saúde mental e segundo que precisavam na época pra credenciar (E 1).

Na fala deste profissional, evidenciamos uma satisfação anunciada, quando fala que gosta da área onde são realizadas e executadas atividades prazerosas no desempenho de sua função e, por sua opção, resolveu aprofundar-se mais com a especialização. O bem-estar, como carga psíquica, relaciona-se ao sentido que se dá à execução de seu trabalho, permitindo o alívio da carga psíquica, proporcionando prazer e equilíbrio (FERRER, 2007).

Encontramos também o profissional que se adapta às necessidades por haver alguma simpatia ou afinidade das tarefas desenvolvidas, agregando, além de sua função laboral, outra habilidade manual ou artística ao serviço, conforme pode ser exemplificado no entrevistado TE 9:

(...) Montaram um trabalho especificamente de Saúde Mental, o CAPS, aí eles começaram a procurar profissional que tinha alguma coisinha a ver e eu tinha na época.

Nesta fala, podemos perceber que houve uma aproximação do setor pela compreensão às necessidades do serviço, ou seja, o profissional acabou por se familiarizar com as rotinas estabelecidas. Representando suas habilidades e experiências em seu ambiente de trabalho, conforme ressalta

Moscovici (2009), toda representação social representa algo ou alguém, o que não configura a cópia do real e nem parte subjetiva.

O início das atividades de um profissional da enfermagem pode ser marcado por muitos fatores dificultadores, como a inexperiência no setor, a falta de preparo para o início das atividades, mau acolhimento da equipe em que o profissional está sendo inserido, falta de estrutura ou apoio da instituição. As falas dos participantes denotam insatisfação no processo de admissão e durante o processo do serviço desenvolvido, fala-se também sobre a falta de escolha e a forma como são abordados ao chegarem para escolha de suas lotações, não sendo a eles permitida a escolha para outro posto de trabalho de acordo com a disponibilidade dos outros setores.

Seria interessante uma reavaliação do processo admissional realizado pela Prefeitura de Juiz de Fora, por intermédio do departamento de Recursos Humanos e da Secretaria de Saúde, onde são disponibilizadas as lotações e em especial no que tange à Saúde Mental, ao se respaldar no processo da Reforma Psiquiátrica para uma evolução no tratamento.

Considero ser de primordial importância investir no perfil dos profissionais que serão incorporados às equipes nos CAPS, dando-lhes no processo inicial de contratação a opção de escolha, quando for possível, por um local de trabalho que o profissional melhor se identifique. Desta forma, proporcionando ao contratado e ao serviço uma melhor efetividade na produção a ser desempenhada e recebida.

Esta importância também foi representada quando analisados os aspectos que se relacionam com os sentidos atribuídos pelos participantes do estudo no que diz respeito à equipe de enfermagem. Entretanto, como nos CAPS há diversas outras categorias profissionais, emergiram na fala desses profissionais, não só a relação com a enfermagem, mas também com membros de outras categorias.

Devido à política de reformulação da saúde mental, surgem novas demandas na assistência ao usuário, que se apresenta com um olhar mais integral de atenção ao usuário, atentando para as suas diferentes necessidades, emergindo outras categorias que foram agregadas aos CAPS, com diferentes qualificações técnicas (WACHS, 2010).

A equipe de trabalho pode ser definida como o grupo em que ocorrem articulações com interações dos diversos agentes (MURUFUSE, 2005). Assim, a fim de solidificar o enfermeiro e sua classe como um todo, é necessário que o profissional esteja claro de suas atribuições e saberes técnicos. Muitas vezes este profissional ainda encontra-se sem identidade no exercício de sua profissão, pois são atores querendo atuar em seus diversos papéis na arte de cuidar, que devem atender às necessidades dos grupos envolvidos e também às suas expectativas profissionais.

Segundo Kantorski et al. (2008), o trabalho da enfermagem no CAPS insere-se em uma prática que transpõe os recursos tradicionais, como a comunicação terapêutica, atendimento individual, relacionamento interpessoal, administração de medicamentos, visitas domiciliares, entre outros.

A readequação do modelo assistencial na saúde mental implicou em mudanças na *práxis* e no modo de organização do serviço e, como consequência, na composição das equipes, gerando uma modificação significativa nos atributos técnicos das diversas categorias profissionais que tiveram de adaptar-se a tais mudanças de implantação desta nova identidade da saúde mental.

Os recortes a seguir demonstram estas percepções.

Às vezes é difícil trabalhar em equipe, são cabeças diferentes, só que...tem hora que funciona e tem hora que não(...) Que muitos, assim, não vestem a camisa, não abraçam o serviço, acho que é falta de perfil (TE 3).

É uma equipe multidisciplinar que eles falam né? Às vezes funciona, às vezes não. É complicado... (TE 9).

A enfermagem sempre está junta. Uma ajuda a outra, somos muito parceiras, já com os outros é mais complicado, você não tem voz (E 3).

São denotadas diferentes percepções acerca da equipe dentro do CAPS, quando se expressa a falta de comprometimento com o trabalho em equipe, o fato de não haver entrosamento entre a equipe multidisciplinar. Há na fala de TE 9 uma estranheza com o termo equipe multidisciplinar, pois no processo de trabalho no CAPS há uma maior necessidade de interação dos

profissionais. Percebe-se também a falta de espaço dado à enfermagem quando E3 se queixa por não “ter voz”, sinalizando aí que a equipe não interage de forma coesa e sem hierarquização.

De acordo com a Portaria 336/2002, o CAPS contempla vagas a serem ocupadas por outros profissionais da saúde e/ou outras áreas afins com a Saúde Mental como assistentes sociais, terapeutas, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Já o enfermeiro é capacitado desde sua formação para agir nos aspectos biopsicossociais e no cuidado das práticas diárias e aqui seu trabalho associa-se ao compartilhamento e não isoladamente.

Apesar da equipe de enfermagem ter suas atribuições pertinentes, o funcionamento do trabalho exerce influência nas atividades desenvolvidas, corroborando aí a necessidade da existência de consonância no grupo. Considerando a complexidade destas atribuições, espera-se dos trabalhadores inseridos neste contexto habilidade para interferirem em diferentes campos de atuação (BICHAFF, 2006).

São reconhecidas atualmente três categorias na enfermagem, ou seja, enfermeiros, técnicos e auxiliares, cada profissional devendo ser conhecedor de suas atribuições, realizando condutas e procedimentos de sua competência, conforme regulamenta a lei nº 7498, de 25 de Junho de 1986 (COREN, 2007).

A análise das falas identifica também a relação entre técnicos e enfermeiros, falas estas que demonstram a dificuldade de entrosamento com os enfermeiros que chegam aos CAPS e como são vistos pelos técnicos que chegaram antes no serviço:

(...) também tem as enfermeiras que estão começando agora, e tem os técnicos que têm mais tempo e elas acham que podem sair mandando e não escutam sua opinião (TE 4).

A dificuldade é com quem chega (...) porque chega e já quer mudar tudo. (TE 5).

A equipe é boa, a gente tem assim uns contratempos com a equipe nova de enfermeiras, mas a equipe de técnicos é boa (TE 6).

Os técnicos até que funcionam bem, mas só. Às vezes acontecem as coisas e nós não temos razão (TE 7).

Nos depoimentos acima há uma necessidade de agregação da equipe da enfermagem, de um diálogo entre as categorias de técnicos com os enfermeiros, a fim de que não haja uma cisão dentro da equipe, resultando em danos aos usuários assistidos e aos profissionais envolvidos.

A construção do papel da enfermagem como profissão dentro dos CAPS ainda necessita de se livrar de conceitos antigos que estão intrínsecos na categoria da enfermagem no que se refere à hierarquia e à técnica asilar. Vasconcellos (2008) destaca as dificuldades enfrentadas de implantação da reforma, como o imenso desafio de mudar práticas de saúde até então predominantes e a persistência de representações sociais características da linha manicomial.

É necessária uma igualdade de valores sociais e de saberes, valorizando cada membro da equipe com suas experiências profissionais e de vida. As representações aqui expressas ainda carregam o descontentamento com os próprios colegas de profissão e a hierarquia velada presente na enfermagem.

Há uma reprodução velada da hierarquia inerente na enfermagem entre técnicos e enfermeiros, conforme corrobora estudo de Oliveira (2003), que ressalta que as modificações geradas no processo de trabalho de saúde mental pressupõem a coexistência de técnicas privativas dos profissionais e a execução de algumas ações comuns com intenção à horizontalização das relações de poder. Entretanto, há nesse aspecto uma tensão na valorização dos diferentes trabalhos, uma vez que as condições hierárquicas mantêm-se e ainda são reproduzidas.

O trabalho em enfermagem é desenvolvido em equipe, e, desta forma, é esperado do enfermeiro que ele perceba a necessidade do processo de liderança contínuo e dinâmico, sendo capaz de guiar os indivíduos envolvidos no processo de trabalhos para que trabalhem com entusiasmo, para que possam atingir um bem comum.

Assim, este passa a ser o motivador de estratégias para que sejam realizadas as ações de enfermagem. Dentro da literatura de liderança, ressalta que o enfermeiro que almeja ser um líder deve apresentar certas características, como: destreza no relacionamento interpessoal, capacidade de tomar decisões, flexibilidade, criatividade e inovação, apoiando e agindo como facilitador do processo de trabalho (MOURA 2008).

Pode-se perceber nas representações dos participantes que a Enfermagem pode ser agente dessa mudança na saúde mental dentro de seu ambiente de trabalho; quanto mais consciente de sua condição como sujeito transformador, mais esse profissional será capaz de atuar em prol dos usuários do serviço, mudando também a aplicação de seus instrumentos de trabalho. Acredito que exista ainda a necessidade de a Enfermagem achar sua identificação do seu trabalho no CAPS, integrando-se e compreendendo-se para que esses sentimentos possam repercutir no processo de cuidar e de identificar, dentro do caminho da evolução no tratamento psiquiátrico.

Desta forma, para que consiga uma relação direta com o processo e o desenvolver do cuidado, foram expressas as representações dos profissionais sobre as relações estabelecidas com a coordenação de Saúde Mental, gerência dentro dos CAPS e com a relação entre enfermeiros e técnicos na perspectiva dos participantes da entrevista.

As organizações são sistemas sociais e que, caso uma pessoa queira trabalhar nelas ou administrá-las, ela necessita compreender como funcionam e que a organização é um sistema socialmente estabelecido pelo conjunto de valores expressos pelos indivíduos que dela fazem parte, sendo assimilados e transmitidos sucessivamente por eles. Daí surge talvez a importância de se entender que o comportamento humano nas organizações é muito imprevisível, e que isto ocorre porque ele nasce de necessidades humanas profundamente arraigadas e dos sistemas de valores (PEREIS, 2001).

Segundo Alecrim e Campos (2009), a liderança pode ser definida como a capacidade de influenciar um grupo em direção ao alcance de objetivos, e representa uma capacidade de influenciar os outros.

No âmbito conceitual, entende-se por liderança a ação de influenciar pessoas e comportamentos, ligada a um processo de grupo e/ou de equipe em que se tem um objetivo a atingir. Nesse sentido, a liderança pode favorecer a criação e implementação de ações alternativas para garantir a eficiência do serviço de enfermagem e, para tal, faz-se necessário que o enfermeiro se atualize e promova além de seu crescimento pessoal e profissional, o da equipe, salientando-se que além do conhecimento prático é importante que o mesmo desenvolva conhecimento teórico como forma de garantir sua capacitação profissional. (ALECRIM; SANTOS, 2009, p. 629).

A liderança pode ser considerada elemento relevante para o sucesso de qualquer organização. Modernamente, entende-se liderança como uma função organizacional, subordinada à dinâmica de grupo. Entende-se como líderes pessoas comprometidas em desafiar, querer o máximo e ser capaz de desenvolver isso em outras pessoas. O líder que está seguro de si desenvolve os outros para serem bem-sucedidos. Uma maneira prática de fazer isto é partilhar com o outro o que você deseja para ele. (BERGAMINI, CODA, 2007, p. 11)

As características com habilidades, conhecimentos e atitudes do indivíduo, morais, éticas, profissionais, necessitam de uma adaptação ao meio ambiente, e são a base da formação dos estilos de liderança, fornecendo um perfil mais próximo da realidade de cada um.

Destaca-se que a ênfase atual mudou, em grande parte, das características da personalidade do líder para reconhecer comportamentos de liderança. Dentro dessa visão, o sucesso da liderança depende de comportamentos apropriados, habilidades e ações, e não de traços pessoais. Isto é muito importante e significativo, uma vez que comportamentos podem ser aprendidos e modificados, enquanto traços são relativamente rígidos(ALECRIM; SANTOS, 2009).

Segundo uma perspectiva mais atual de liderança, o enfermeiro deve estar orientado para as possibilidades de desempenhar um novo papel de líder, mais orientado para o futuro, mais flexível, dinâmico e disposto a assumir riscos, em contraposição ao papel controlador, ditador de regras, normas e procedimentos. Além disso, cabe ao enfermeiro desenvolver características que o tornem um líder, agir com equidade, eficiência e eficácia para implantar novos modelos de atenção e gerenciamento que provoquem mudanças positivas na assistência (ALECRIM; CAMPOS, 2009, p. 628).

O modelo que focaliza a colaboração, a parceria e o trabalho em equipe vem tomando força e está conquistando seu espaço definitivo entre os gestores. Cada vez mais a posição hierárquica deixará de ter importância absoluta, dando lugar ao reconhecimento de méritos dentro da equipe de trabalho, que, em muitos casos, será multidisciplinar. (PEREIRA, 2001).

Neste sentido, é preciso apresentar às pessoas uma visão de futuro da organização como um todo, e mais especificamente do trabalho a ser

realizado, dando-lhes a dimensão e a oportunidade de encarar e vencer os desafios, estimulando suas necessidades de estima.

Nota-se que, das expectativas em torno da conduta dos líderes, pode-se observar que estes devem agir levando em consideração o valor e a norma já consagrada pela sociedade, mas destacando-se dos demais por suas qualificações.

“Eu acho que o profissional é bem desmotivado pelo sistema, que a gente não consegue fazer muita coisa (...) Eu acho que é muito difícil fazer algo na saúde mental” (E 2).

A fala acima caracteriza um profissional que se sente desmotivado por querer atuar de forma mais efetiva em seu ambiente de trabalho e muitas vezes não encontra apoio da coordenação ou da gerência interna. Conforme apontam os autores abaixo:

Um fator marcante que pode influenciar os membros da equipe de enfermagem e, conseqüentemente, aumentar a qualidade da assistência, além da satisfação profissional, é a motivação, definida como uma inclinação para a ação que tem origem em um motivo, uma necessidade que, ao atuar sobre o intelecto, faz o indivíduo movimentar-se ou agir. No entanto, o enfermeiro necessita atentar que a motivação existe dentro de cada indivíduo e se constitui um mistério a ser desvendado e conhecido por todos os líderes, sendo que a abordagem à subjetividade de cada membro da equipe deve ser adequadamente trabalhada. Assim, ressalta-se que compete ao enfermeiro motivar sua equipe de trabalho, bem como capacitá-la para que realize uma assistência de qualidade aos pacientes(ALECRIM; CAMPOS, 2009, p. 629).

Pereira (2001) também destaca que o setor de enfermagem precisa de lideranças em todos os níveis da organização, e sugere quatro habilidades consideradas essenciais como ferramentas para sua atuação: ouvir, endossar, contextualizar, desenvolver. Líderes eficazes investem tempo em ouvir generosamente. Chamando a atenção para o fato de que administrar e liderar são duas atividades complementares. Porém, as mesmas organizações não devem esquecer que um líder forte, mas inábil para administrar, é pior do que um bom administrador sem habilidades de liderança. O desafio real é ter capacidade de combinar as duas coisas.

Estas diferentes funções da liderança, juntamente com a diversidade e as transformações, compõem as atividades do administrador/líder. Cada

situação determina a decisão sobre o que necessita ser realizado, criar rede de pessoas e relacionamentos com capacidade de atingir um objetivo definido.

Diante do exposto, o enfermeiro pode apresentar diversos estilos de liderança frente à equipe de enfermagem. Estilos estes que, da observação empírica da prática por meio de aulas teóricas, teórico-práticas e estágios, despertaram interesse devido à possibilidade de compreender a organização do serviço baseada em alguma teoria de gestão, apreendida da visão dos auxiliares e técnicos de enfermagem. Este estudo segue a perspectiva de contribuir no direcionamento de ações, comportamentos e atitudes que influenciem os líderes e liderados no desenvolvimento da assistência como um objetivo compartilhado (ALECRIM; CAMPOS, 2009, p. 629).

Em qualquer organização, o trabalho é executado por pessoas, e o modo como esse trabalho é feito depende muito da supervisão que essas pessoas recebem. O supervisor é o elemento que está em contato com os trabalhadores e é quem interpreta as políticas da empresa dentro do respectivo nível hierárquico em que atua. Ele influencia os subordinados dentro do trabalho por meio da determinação de regras. Por outro lado, ele deve ter a sensibilidade de perceber as necessidades dos subordinados e auxiliá-los a satisfazer a essas necessidades (PEREIRA, 2001).

“Eles querem que funcione, mas não nos dão estrutura, mas querem que nos adaptemos às necessidades do setor. (E 4)”

Um melhor aproveitamento da relação liderança/chefia pode e deve ser obtido em todas as áreas das organizações, porque todos devem utilizar-se das habilidades, das competências e dos recursos individuais, para que somados aos dos outros membros possam planejar suas atividades e empenhar-se para obter os melhores resultados (PEREIRA, 2001).

É preciso apresentar às pessoas uma visão de futuro da organização como um todo, e mais especificamente de trabalho a ser realizado, dando-lhes ainda a dimensão e a oportunidade de encarar e vencer os desafios, são estímulos concretos às necessidades de estima.

O líder deve possuir capacidade de criar e articular uma visão de futuro baseada na realidade e que possa trazer crédito para a organização ou unidade organizacional, que tem como ponto de partida a avaliação da situação presente e a busca de sua melhoria. (PEREIRA, 2001).

Para ser considerado um líder excepcional é necessário que ele aprenda a conhecer o outro, a entender as necessidades das pessoas, passar a ouvir aquilo que elas têm a falar do seu trabalho, da empresa, ouvir suas ideias e aceitar suas opiniões. O líder precisa conhecer seus liderados, assim eles se sentirão importantes para ele e para a empresa.

Pereira (2001) destaca o fato do aparecimento de novas formas no exercício da chefia e da liderança nas empresas por meio de muito investimento, com períodos de reestruturação, racionalização e reengenharia, objetivando reduzir custos de produtos e serviços.

A equipe de enfermagem é a maior entre as equipes de profissionais da área de saúde no âmbito de uma instituição hospitalar, tendo nesta o enfermeiro uma ação gerencial de destaque. [...] O modelo de gerenciamento adotado por instituições de saúde associado ao aumento de exigência, pelo cliente, de qualidade de assistência prestada, fizeram com que ocorressem crises nas Instituições de Saúde. Isso impulsionou muitas organizações a optarem por um modelo gerencial que atendesse às exigências atuais; esse modelo é baseado na quebra das hierarquias tradicionais e ênfase no trabalho em equipe. Atrelado a esse novo modelo gerencial, percebe-se a liderança como mecanismo de alcance das metas e o sucesso da organização de saúde (RIBEIRO; SANTOS; MEIRA, 2006, p.110).

Para Pereira (2001) é preciso destacar que as competências em habilidades e conhecimentos relacionam-se aos aspectos técnicos do trabalho e variando de acordo com as características dos serviços de cada entidade; as competências de cada um, entretanto, são essenciais a um líder de equipe.

A comunicação dá ao líder a capacidade de compreender com empatia toda equipe administrando suas diferenças. A empatia se manifesta como forma de reconhecer a necessidade de as pessoas se desenvolverem; por isso, elas investem no desenvolvimento dos talentos como treinadores e mentores (RIBEIRO; SANTOS; MEIRA, 2006).

Além disso, é preciso competência para administrar relacionamentos, capacidade de criar campos em comum, administrando a diversidade que se manifesta nos grupos de trabalho, como a discussão, a competição e o conflito.

Neste sentido, destacam-se na função de líder a ousadia e a flexibilidade, uma vez que se esperaser o líder gestor e não somente um mantenedor, pronto a adaptar-se a situações novas e a quebrar paradigmas. Além disso, profissionais em funções de liderança são mais valorizados pelas suas competências comportamentais na direção de equipes do que pelo uso do poder hierárquico relativo ao cargo exercido na organização (PEREIRA, 2001).

O trabalho em equipe exige que o enfermeiro considere o todo de cada indivíduo, respeite as individualidades, reconheça e fomente as competências, capacidades e potencialidades de cada membro. É importante que, durante o processo de trabalho, o enfermeiro ofereça oportunidades de participação, compartilhe e busque soluções para os problemas surgidos com toda sua equipe, procurando ouvir as opiniões dos membros, desenvolvendo a comunicação verbal e não verbal. [...] Inevitavelmente, o enfermeiro desenvolverá a habilidade de liderança, independentemente de suas características pessoais, pois a Enfermagem requer um profissional competente, capaz de lidar com a grande diversidade humana, além de estar apto para resolver problemas e propor mudanças, apontando soluções para o que não satisfaz as necessidades da população e da equipe (RIBEIRO; SANTOS; MEIRA, 2006, p.110-111).

É preciso reconhecer certas reflexões sobre o papel da liderança tendo em vista as formas inovadoras de organização do trabalho, habilidades, competências e a gestão da informação. Busca-se conhecer os tipos de liderança, as habilidades e as competências do indivíduo na organização. Neste contexto, a liderança e a informação são instrumentos que possibilitam o diferencial competitivo das organizações. (PEREIRA, 2001).

“Não temos muita voz e nem pra quem reclamar e ser mudado as coisas que reclamamos (TE 7).”

Moura et al. (2010) observam que as organizações são absolutamente conscientes de que o crescimento contínuo depende da eficácia do conhecimento que conseguem agregar ao seu negócio nos seguintes atributos: produtos, serviços, processos de gestão, atendimento e capacidade para lidar com pessoas (pacientes e clientes). Praticam uma supervisão baseada na orientação consciente, todos agindo como solucionadores de problemas e gestores de oportunidades (gestores-funcionários). Há livre troca de

informações na busca de soluções conjuntas para as questões que possam aperfeiçoar a atuação como um todo.

Alguns gestores acabam prejudicando a organização, por evitar competentemente os conflitos com seus colaboradores, portanto sua própria competência é o problema. E alguma variável é responsável pela incompetência que bloqueia a capacidade das pessoas de entenderem que subordinar interesses pessoais em prol do grupo é fundamental para se chegar a um consenso (MOURA et al., 2010).

A tendência das pessoas a evitar conflitos, ocultar questões difíceis, fica institucionalizada e conduz a uma cultura que não tolera uma conversa franca. Pode-se citar as empresas em que os superiores não querem saber de surpresas, os subordinados querem ser deixados em paz e exigem autonomia, afirmando que deixando-os sozinhos, a alta gerência mostrará que confia neles à distância (MOURA et al., 2010).

“(...) mas a grande dificuldade daqui do CAPS é que a gente quer fazer as coisas, mas eu não sei se posso fazer, até onde posso ir. Então você fica amarrada (E 2)”.

Moura corrobora a fala acima:

Nesses processos, também é preciso levar em conta o papel de dupla representação, que recai no enfermeiro em cargo de chefia/gerência: de um lado, ele lida com necessidades e expectativas do grupo de trabalho sob sua coordenação; de outro, depara-se com necessidades e expectativas que são demandadas pela própria instituição, em prol dos objetivos organizacionais. Nesse sentido, o desafio de gerenciar unidades de serviços de saúde desencadeia repercussões entre esses trabalhadores da linha de frente que, em meio às dificuldades do cotidiano, passam a confrontar a liderança exercida pelo enfermeiro (MOURA et al., 2010, p. 3).

Desta forma, o gestor não tem a opção de ignorar os problemas organizacionais que são criados, mas pode conseguir sair deles hoje, em todos os seus pontos desaprendendo tudo aquilo que era tido como verdade ao rever novos procedimentos e rotinas para que possam aprender as novas habilidades necessárias para solucionar todos os problemas da instituição.

Os colaboradores veem e buscam no líder os incentivos e as respostas para a realização de suas tarefas dentro da organização. Quando essas pessoas conseguem alcançar essa realização dentro da organização, elas

consequentemente deixam esses resultados refletirem em suas vidas particulares, causando nelas um grande prazer pelo trabalho e pela organização.

No caso das equipes de enfermagem, os líderes passaram a exercer nas organizações não somente a função de comandar e supervisionar os liderados, mas também a de motivá-los dentro da organização. Para exercer esse papel esses gestores precisam estudar e entender as diferentes formas de motivação, suas forças para então poderem criar formas para motivar e incentivar os liderados a enxergarem na organização onde trabalham a forma para a realização profissional e consequentemente a realização pessoal (MOURA et al., 2010).

Pode-se perceber com as falas que as representações dos participantes em relação à chefia encontram-se ainda conflituosas, quando se expressam relações de falta de suporte, falta de diálogo entre a equipe e gerência interna, indefinições das atribuições dentro da equipe, falta de estrutura nos setores, profissionais sem voz dentro dos locais de trabalho e desmotivação dos profissionais pela falta de incentivos da coordenação.

É importante ressaltar que o cansaço e a sobrecarga de trabalho aparecem nas representações dos trabalhadores durante a jornada de trabalho. O cansaço foi uma elaboração recorrente durante as entrevistas, conforme retratam os depoimentos abaixo.

Às vezes me sinto aqui um pouco sobrecarregada mentalmente, acho que é um pouco puxado, não e cansaço físico, é da demanda (TE 1).

O nosso serviço em si já é cansativo, eles sugam muito da gente, há o cansaço mental, aqui a gente escuta muito eles, a gente aborda muito as coisas deles (TE 3).

(...) sinto falta um lugar pra descansar um pouco, às vezes a gente fica sobrecarregada (TE 5).

(...) muito árduo, não fisicamente, mas mentalmente, porque acho que é muito cansativo.

(...) me sinto trabalhando amedrontada (TE 6).

(...) eu fico frustrada, eu tô meio que desabafando...eu fico pensando, a minha saúde está boa pra eu cuidar da saúde mental? O cansaço mental é imenso, mas você não para aqui, você ainda tem que chegar em casa (...)eu chego em casa e acabo descontando (TE 11).

(...) aí você cansa tanto fisicamente quanto mentalmente, é onde vai aparecendo várias doenças, é uma dor de cabeça, é uma fadiga, é uma dor no estômago, porque você acaba levando os problemas que você não tem como resolver, será que eu estou agindo na minha profissão de maneira certa? Será que estou agindo de forma correta? É muito complicado, isso causa uma angústia, uma insatisfação no trabalho (E 3).

A lei federal nº10. 216, que dispõe sobre a defesa da saúde mental, teve como uma de suas finalidades consolidar as unidades substitutivas aos hospitais psiquiátricos. Para tanto, surge uma necessidade de readequação dos profissionais em saúde mental visando a uma melhora no tratamento. Ao longo desta reformulação, podemos deparar com duas vertentes, a Saúde Mental e a Saúde do Trabalhador em Saúde Mental, serviço este quase que totalmente desprezado (BICHAFF, 2006).

As representações acima são marcadas por intensa angústia, denotando uma sobrecarga explícita, tanto física quanto mentalmente. Isto nos mostra como o CAPS, com suas demandas que exigem inúmeros cuidados levam seus trabalhadores a viverem muitos e intensos sentimentos que exigem de cada um e da equipe a responsabilidade de ofertar àqueles que sofrem com transtornos psíquicos uma melhor qualidade de vida. Acarretando ao profissional de saúde mental uma exposição a uma grande carga emocional. Considerando isso, os profissionais que cuidam da saúde alheia também merecem cuidado e atenção (RAMMINGER, 2002).

Merhy (2004) explica que o trabalho nos CAPS é muito cansativo, onde se estabelecem muitos e diferentes cuidados, fazendo com que o trabalhador experimente sentimentos antagônicos e muito intensos, que exigem de si mesmo e da equipe uma assistência que dificulta sua constância, especialmente àqueles que ofertam seu trabalho vivo a fim de vivificar o sentido da vida do outro.

Nas falas a seguir, prevalece a ideia de que a carga horária que está preconizada nos CAPS àqueles funcionários que cumprem 40 horas semanais é causa de desgaste. A representação da sobrecarga está vinculada à execução da carga horária.

Eu estou cansada, você quer fazer seu trabalho da melhor forma possível, mas você fica sobrecarregada (...) acho a carga horária pra enfermagem pesada e maçante (E 4).

Aqui nosso cansaço é mais o mental e acho que 40 horas é muito tempo, se fosse meio período você descansaria mais e a cabeça fica mais fresca, aqui é todo dia (TE 10).

O trabalho durante os cinco dias ininterruptos dentro de uma carga horária diária de oito horas estabelecidas para a enfermagem dentro dos CAPS parece propiciar um fator estressante nas representações dos depoentes. No decorrer da história da enfermagem, o processo de trabalho sem planejamento operacional vem ocasionando desgaste, sobrecarga e cansaço, principalmente após uma longa jornada de trabalho. A associação a dois vínculos empregatícios também é um fator que influencia no aumento da fadiga (FERRER, 2007). Dos quinze participantes, cinco possuem uma segunda jornada.

A carga de trabalho é composta por aspectos físicos, cognitivos e psíquicos e estão interligados, podendo gerar sobrecarga. Essa carga pode ser classificada como física e mental. A carga física diz respeito ao esforço físico e ao dano das estruturas do organismo para o cumprimento de uma determinada tarefa. Relacionando-se aos gestos, às posturas e aos deslocamentos necessários à realização de determinado trabalho (SILVA, 2011).

A carga mental classifica-se em cognitiva e psíquica. A carga cognitiva é constituída pelas demandas intelectuais do trabalho e pode manifestar-se em situações onde haja necessidade de memorização, concentração, atenção, acuidades visual e auditiva e capacidade de tomar decisões. A carga psíquica pode ser multifatorial, podendo surgir da associação das diferentes situações de trabalho como rigidez e inflexibilidade da organização, em que os trabalhadores não são reconhecidos ou não têm comunicação com a gerência, ela compreende aspectos afetivos e relacionais (SILVA, 2008). O recorte do depoimento abaixo explicita a carga psíquica em que E2 e E4 vivenciam,

(...) desde quando vim pra cá, eu estou tomando medicamento, medicamento, ansiolítico (...). Aqui eu me sinto muito frustrada (E 2).

Chega na sexta você não aguenta nem ouvir sua própria voz mais (E 4).

Os efeitos nocivos sobre a saúde são amplos, provenientes de altos níveis de demanda e estímulos excessivos, especialmente entre trabalhadoras de enfermagem, sendo a sobrecarga no trabalho identificada como um dos principais fatores de estresse ocupacional. Há uma tensão psicológica e um adoecimento fisiológico, resultantes da associação de fatores estressores no ambiente de trabalho como frustração, desinteresse pelo trabalho desenvolvido, o estresse não liberado pode ser o causador de consequências psicológicas e fisiológicas, causando distúrbios mentais e combinação de medicamentos de uso controlado (SELIGMANN-SILVA, 1994).

Em contrapartida, aparecem profissionais satisfeitos e com prazer em desenvolver suas atividades nos CAPS, conforme demonstram as falas.

Eu amo o CAPS, eu não tenho falta em 20 anos de serviço, antes era compromisso, mas agora é prazer (TE 9).

(...) pra mim, trabalhar no CAPS foi coroar minha profissão (E 1).

As representações elaboradas relacionam-se com o prazer de desenvolver as atividades que lhes são apresentadas, sejam estas por escolha própria ou por terem aprendido a gostar e deixar-se moldar pela necessidade do local. Um trabalhador feliz traz benefícios não só pra quem é alvo de sua força de trabalho, como também pra si próprio.

Merhy (2004) inclui a felicidade no trabalho como uma forma de analisar os níveis de satisfação pessoal afirmando que somente aquele que consegue atuar no coletivo, que é capaz de gerar sentido à vida dos outros, poderá atuar de forma eficaz.

As representações trazem a fadiga emocional com que convivem esses profissionais. Suas falas representam o cansaço mental, frustração, angústia, insegurança no serviço, acarretando em adoecimento físico, início de medicalização em virtude do desempenho das funções no CAPS, além da insatisfação com a carga horária preconizada. Todas essas representações demonstram profissionais em sua maioria fadigados mentalmente, sem terem resposta de seus anseios, medos e necessidades.

Diante disso, é premente a valorização do trabalhador e a preocupação com seu bem-estar, dando a ele recursos internos disponíveis para que este

possa encontrar uma forma de melhor adaptação em seu ambiente de trabalho, onde lhes são oferecidos recursos físicos e possibilidade de flexibilização em horários que possam permitir uma adequação das necessidades do profissional e do serviço.

## 4.2 A (DES)VALORIZAÇÃO DO TRABALHO E DO TRABALHADOR

Nesta categoria, apresentaremos a representação dos trabalhadores participantes acerca dos valores apreendidos de seu trabalho e de suas consequências. Durante as entrevistas emergiram espontaneamente pontos sobre a remuneração recebida, que apareceu como um fator de desvalorização reconhecido pelos participantes, assim como a falta de um curso introdutório quando na admissão no serviço ou capacitação para permanecer no CAPS. Tendo sido apontado como um fator desvalorizador a falta de comprometimento com os profissionais que são submetidos ao processo seletivo, gerando uma descontinuidade alta no processo de trabalho e perda de vínculo com os usuários, que perdem sem qualquer tipo de aviso suas referências técnicas.

Apresentaremos a representação dos trabalhadores participantes sobre a remuneração recebida pelo trabalho desenvolvido. Ao discutir a satisfação dos trabalhadores da enfermagem com sua remuneração, deve-se ressaltar toda a complexidade que envolve os processos de trabalho desses profissionais. Para um trabalho de natureza tão estressante, deveriam ser oferecidas remunerações suficientes para sua satisfação.

A satisfação está relacionada às boas condições no ambiente de trabalho, que envolvem tanto a infraestrutura adequada e disponibilidade de recursos materiais quanto as questões de desenvolvimento da tarefa, da função ocupada na instituição, de forma a possibilitar a existência de um ambiente harmônico. Quando há problemas em qualquer um desses fatores, pode existir sofrimento psíquico com implicações diretas na saúde física e mental do trabalhador (TENANI et al, 2014, p. 586).

Diante do exposto, fica evidente que a remuneração é um ponto crucial no bom andamento dos serviços prestados; além disso, pessoas satisfeitas no trabalho adotarão atitudes mais positivas consigo e com seu grupo.

De acordo com Tenani et al. (2014), quando se trata de serviço de atendimento à saúde, destaca-se a necessidade de sempre buscar se desenvolver de forma contínua. Devido à estabilidade econômica e à evolução de tecnologias, os indivíduos têm atualmente mais acesso à informação e possibilidades de formação/capacitação para melhor gerir sua atuação. Tal fato

destoa, quando se fala em remuneração, da possibilidade que o enfermeiro teria de acessar melhores condições de aprimoramento.

Muitos desses desfalques ocorridos nos recebimentos do trabalhador vêm das formas de pó líticas econômicas implantadas no país ao longo do tempo e, mais ainda pela força do capital dominante.

O ciclo de expansão econômica denominado “milagre brasileiro”, nas décadas de 60 e 70, voltado para a industrialização, foi possível pela repressão severa da classe trabalhadora por parte do Estado, que cuidou de controlar o trabalho e adotar mecanismos de proteção do capital, corroborou para a expansão de instituições hospitalares e exerceu sua influência na enfermagem, que deveria oferecer uma assistência de baixo custo, desqualificada, uma vez que a finalidade era a de reduzir custos com a utilização de pessoal sem qualificação ou menos qualificado (baixos salários) e em menor número, para manter a mesma quantidade de serviços prestados (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005, p. 259).

As políticas econômicas vigentes no Brasil fizeram com que os vencimentos fossem corroídos, tendo um poder aquisitivo menor do que na realidade deveria ter.

[...] a situação de achatamento de salários agrava a situação, obrigando os profissionais a ter mais de um vínculo de trabalho, resultando numa carga mensal extremamente longa e desgastante. O sistema social e econômico no qual vivemos, produz, sem dúvida, grandes desigualdades. A concentração de renda a favor do capital, em detrimento do trabalho, é uma das principais manifestações do sistema capitalista vigente. (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005, p. 259/206).

Corroboram os resultados do estudo de Schrader et al. (2011), que reportam a remuneração como aspecto motivacional da atuação do profissional, melhorando também o estabelecimento de uma relação entre poder e *status* na organização. Conforme aponta esta fala:

“Aqui eu ganho R\$915,00 por mês, mas é porque eu gosto, ganhava R\$100,00 de faxineira por dia, podia continuar faxinando que ganhava mais. Eu acho que ganho muito pouco, mas eu faço o que eu gosto” (TE 4).

Esse componente financeiro reflete na prática da enfermagem, visto que há uma limitação na tomada de decisão e no trabalho individual e em equipe contínua presente no dia a dia de suas atividades.

No contexto organizacional, é possível notar que as tarefas e os cargos têm sido arranjados e definidos com a única preocupação de atender aos princípios de eficiência e de economia. A execução do trabalho perde o significado para o indivíduo que os executa passando a ter efeito de “desmotivação”, podendo provocar a apatia, o desinteresse e a falta de sentido, devido ao fato de a organização não oferecer uma remuneração satisfatória (BAGGIO e FORMIAGGIO, 2008).

É preciso destacar que os fatores motivacionais podem e vão além da remuneração, mas infelizmente não há como sobreviver com vencimentos baixos, mesmo tendo uma profissão desejada.

(...) porque ganham pouco também, aqui paga muito mal, acho que a saúde mental não é valorizada (E 4).

(...) não ganha muito não mas eu preciso do dinheiro, a remuneração pra saúde mental é pouca, pros técnicos, muito pior (E 2).

Também é preciso chamar a atenção para o fato de que a enfermagem historicamente em sua maioria é representada pelo trabalho feminino, uma classe trabalhadora já muito prejudicada na questão da igualdade salarial. Dos 15 profissionais participantes, apenas um era do sexo masculino.

Conforme afirmado por Schrader et al. (2011, p. 68):

A mulher trabalhadora alia às suas atribuições profissionais também o cuidado do lar, dos filhos, do cônjuge, como característica do trabalho feminino. Sua inserção no mercado de trabalho traz a conflitante tarefa de conciliar as atividades no espaço privado e público, a ocupação doméstica e a profissional que – a rigor é mal remunerada - e levam à dupla jornada, engendrando, nesse sentido, a exploração do gênero. A mulher, pela condição de gênero, tem seu trabalho representado como ‘ajuda’ no orçamento familiar vendendo sua força de trabalho, em geral, por preço inferior, se comparado ao gênero masculino.

Outro aspecto a ser destacado é o acúmulo de atividades, para a qual colaboram a baixa remuneração e a falta de perspectiva na carreira. Os profissionais de enfermagem, além de ter mais de um emprego, muitas vezes, precisam fazer extras para conseguir viver dignamente.

Sempre em busca de melhor qualidade de vida, Schrader et al. (2011) considerou a importância do trabalho, não apenas como fonte de rendimentos, mas também como um elemento essencial ao indivíduo quanto a seu

relacionamento com o mundo material e vida psíquica. Num ambiente de trabalho o profissional de enfermagem mantém relacionamento com diversas pessoas, em diferentes dimensões. Nessa realidade, a qualidade de suas relações tem uma tendência de repercutir, de forma positiva ou não, nos outros ambientes nos quais o profissional se insere.

Visto isso, para Campos e Gutierrez (2005), sustenta-se que no mundo organizacional o modelo que focaliza a colaboração, a parceria e o trabalho em equipe vem tomando força e está conquistando seu espaço definitivo entre os empresários. Cada vez mais a posição hierárquica deixará de ter importância absoluta, dando lugar ao reconhecimento de méritos dentro da equipe de trabalho, que, em muitos casos, será multidisciplinar. E, dessa forma, numa equipe deveria haver uma certa equiparação entre vencimentos destes profissionais.

Segundo Tenani et al. (2014), é preciso apresentar às pessoas uma visão de futuro da organização como um todo, e mais especificamente do trabalho a ser realizado, dando-lhes a dimensão e a oportunidade de encarar e vencer os desafios, estimulando suas necessidades de estima. Na conclusão do estudo, Schrader et al. (2011, p. 261) relatam:

(...) a retribuição financeira foi indicada como sendo um dos fatores de maior insatisfação no trabalho do enfermeiro, os quais a consideram muito baixa. Portanto, se faz necessário adequá-la às habilidades e ao conhecimento deste trabalhador, pois estes fatores podem acabar influenciando na permanência ou abandono da profissão. Assim, os resultados da presente investigação também levam a considerar a necessidade de luta pela política salarial desses trabalhadores a fim de promover melhores condições de trabalho e qualidade de vida para os enfermeiros.

A fim de complementar renda, cinco participantes, dois enfermeiros e três técnicos necessitam complementar a renda proveniente de outros empregos. Estudos de Schimidt e Dantas (2006) comprovaram que os técnicos, na maioria, estão insatisfeitos com a remuneração que recebem.

Então, das expectativas em torno de uma busca de melhores salários para os profissionais da área de enfermagem, os resultados apresentaram a importância de se construir um ambiente de trabalho com qualidade de vida e satisfação profissional adequando-o às expectativas dos trabalhadores com o desempenho de suas funções.

Desta forma, nas entrevistas, os participantes falam da falta de capacitação quando no início das atividades ou maneira espontânea pelos participantes, fazendo com que emergisse a necessidade de uma discussão acerca do assunto.

A educação permanente compreende o treinamento contínuo em serviço, visando à capacitação e à qualificação dos recursos humanos, tanto do ponto de vista técnico, quanto do relacionamento humano, para a execução de suas atividades laborais, que, segundo Khourye Elias (2000), direta ou não, deve refletir os objetivos finais da instituição. No contexto organizacional, entende-se a capacitação como um fenômeno coletivo num processo de mudança de comportamentos, a partir da articulação constante entre os valores e as capacidades dos indivíduos e suas experiências.

A educação permanente surge como uma exigência na formação do sujeito, pois requer dele novas formas de encarar o conhecimento. Atualmente, não basta 'saber' ou 'fazer', é preciso 'saber fazer', interagindo e intervindo, e essa formação deve ter como características: a autonomia e a capacidade de aprender constantemente, de relacionar teoria e prática e vice-versa, isto refere-se à inseparabilidade do conhecimento e da ação. A educação permanente, baseada no aprendizado contínuo, é condição necessária para o desenvolvimento do sujeito, no que tange ao seu autoaprimoramento, direcionado à busca da competência pessoal, profissional e social, como uma meta a ser seguida por toda a sua vida (PASCHOEL; MANTOVANI; MÉIER, 2007, p. 479).

Segundo os autores, na sociedade atual, o grande diferencial competitivo das organizações deixou de ser a mão de obra barata ou os recursos naturais e sim a capacidade de gerar conhecimento e produzir inovação. Nesse contexto a educação passa a desempenhar um papel essencial, mobilizando investimentos em pesquisa e treinamento, buscando minimizar as lacunas da educação tradicional. É importante saber pensar, usar o conhecimento com criatividade extrema, inovar de modo permanente e sistemático. Neste sentido é possível destacar a importância da educação permanente no setor de saúde e, de forma mais particular, no setor de saúde mental.

A capacitação é um meio para desenvolver a força de trabalho dentro dos cargos e depende da educação que prepara o indivíduo para o seu

ambiente de trabalho. Nesse contexto está evidente a relação do treinamento com o desempenho de habilidades, ou seja, o sujeito treinado é mais hábil para desempenhar suas tarefas profissionais. A fala abaixo denota um antagonismo apontado pelo profissional, que relata um despreparo iminente ao início das atividades no CAPS:

Quando eu cheguei aqui pra trabalhar no meu primeiro dia deu vontade de voltar, mas teve gente que foi embora no primeiro dia (...) eu não sabia nada (TE 10).

A determinação das necessidades de treinamento dá-se a partir da análise da organização e de suas operações e da análise do indivíduo. No caso de análise da organização, as necessidades de treinamento abrangem limitações, problemas ou dificuldades que envolvem as diversas áreas da empresa. Deve haver um cuidadoso levantamento das metas da organização, dos seus recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis para alcançar os objetivos propostos. E ainda um estudo dos ambientes social, econômico e tecnológico nos quais a organização atua. Nessa primeira fase é de vital importância a impessoalidade desse levantamento (BERTONCELLO; FRANCO, 2001).

Com referência à análise do indivíduo, deve-se enfatizar o aspecto profissional e as necessidades de treinamento. Deve ser verificada a atuação do funcionário a ser treinado, quanto a seu desempenho, se está atingindo padrões necessários à descrição do seu cargo. Dessa forma, tem-se uma relação de problemas da organização, os quais poderão ser indicativos de necessidades de treinamento propriamente dito e aqueles que necessitam de outras soluções que não o treinamento (BERTONCELLO; FRANCO, 2001).

O dia a dia do trabalho em saúde mental é complexo, uma vez que a diversidade de comportamentos e tipo de enfermidades são diversos. Assim, cabem a aprendizagem e a capacitação para que o profissional da área possa desenvolver de forma eficaz o seu trabalho com o paciente com sofrimento psíquico. Para alguns participantes, há ainda uma falta de capacitação, um curso introdutório na admissão no serviço. Conforme apontam os fragmentos abaixo:

(...) “vai ter um curso de preparação? Não... eu não me sinto preparada pra fazer acolhimento, eu não estudei nada pra fazer isso, eu faço uma recepção do paciente. Pra saúde mental tinha que ter um curso específico, um concurso específico. (...)Acho que precisava de uma capacitação antes de entrar aqui porque nem todo mundo que vem pra cá gosta ou quer ficar, mesmo porque eles não sabem como trabalhar” (TE 11).

O que eu necessito é de mais capacitação, mais formas de abordagens ( TE 5).

Paschoal, Mantovani e Méier (2007) confirmam a importância da educação permanente em seu estudo, ao destacar que:

A educação em serviço é importante no processo de trabalho, e isso deve ser colocado para o funcionário no treinamento, na capacitação, apesar das dificuldades encontradas para incentivá-los a participar dessas atividades. Aqueles que participam são os que gostam do que fazem e são conscientes da concorrência do mercado de trabalho. A educação em serviço dá-se pelo acúmulo de experiências, é empírica, facilitada a cada mudança de setor, quando necessitamos conhecer nova rotina, novos clientes, novas patologias, geralmente, associando o que conheço a novas situações vividas no atendimento ao cliente ou às relações interprofissionais, sem que haja planejamento, preparo ou pesquisa. Assim, a educação em serviço ocorre no momento do trabalho, conforme a necessidade de esclarecer uma situação (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007, p. 483).

Com o advento da qualidade total e a busca da excelência nos resultados, os gastos com a capacitação passam a ser um investimento. A diferença entre este investimento e a despesa deve estar representada pelo retorno do capital investido pela organização. Desta forma, investir na capacitação de pessoas significa investir na qualidade de serviços. Assim, as organizações mudam para fazer face à crescente competitividade, cumprir novas leis ou regulamentações, introduzir novas tecnologias, ou atender às variações nas preferências de parceiros (BERTONCELLO; FRANCO, 2001).

Cabe destacar outras falas em que é possível notar a falta de preparo, do profissional recém-contratado para lidar com as especificidades do trabalho desenvolvido em Saúde Mental.

Caí de paraquedas...não sabia nada de CAPS e de saúde mental (...).Acho que tinha que trabalhar aqui quem gosta de um concurso só pra saúde mental, conheço muita gente que gosta da área, mas em contrapartida, há muita gente que não suporta e isso não é nada bom... (E 4).

Eu nunca gostei de trabalhar em saúde mental, eu estou me adaptando a saúde mental, a prefeitura não te dá capacitação pra você entrar no serviço, acho que eles já subentendem que você sabe cuidar de todos (TE 10).

Tais fragmentos são confirmados pelos resultados da pesquisa de Tavares (2006), na qual a autora registra o fato de que a inserção do enfermeiro no mercado de trabalho de saúde mental ocorre por meio da primeira oportunidade de emprego do recém-formado, ou seja, um profissional totalmente inexperiente para lidar com tal atividade. Tavares (2007, p. 292) argumenta:

[...] demonstra que o manejo do paciente é a principal dúvida dos profissionais de enfermagem nos serviços de saúde mental. 92% dos enfermeiros abordados e 72% dos técnicos relatam dificuldades em realizar com qualidade do atendimento de enfermagem ao paciente psiquiátrico. Considerando-se que o primeiro passo para cuidar de um paciente com transtorno psiquiátrico é estabelecer uma relação terapêutica, torna-se urgente e necessária a qualificação destes profissionais

Para Ferreira e Kurcgant(2009), é necessário considerar que as organizações hospitalares, seguindo uma gestão contemporânea funcionam com características mais adequadas aos novos tempos, com quadro de pessoal enxuto, número menor de níveis hierárquicos, novas formas de estrutura organizacional, incluindo utilização de terceirização e redistribuição das tarefas em seu quadro funcional. São desenvolvidas ações para dar nova forma aos procedimentos visando à eficiência dos serviços prestados aos pacientes. Para que tal processo seja contínuo e permanente, é preciso transformar as pessoas que trabalham nestas instituições de forma a conseguir um desempenho com qualidade cada vez maior.

Na enfermagem, essa responsabilidade de treinamento e conseqüente capacitação está diretamente ligada ao serviço de Educação permanente, que é o órgão corresponsável por treinar e capacitar os funcionários, a fim de realizarem adequadamente suas atribuições. Para tanto, é necessário o planejamento detalhado das propostas de capacitação de pessoal que alberguem conhecimento nas dimensões técnico científica, ético-política e socioeducativa. É necessário, ainda, que envolvam todas as dimensões do ser humano, ressaltando os valores sociais, políticos, religiosos e filosóficos que

influenciam a percepção, o raciocínio, o julgamento e as decisões do aprendiz. (FERREIRA; KURCGANT, 2009, p. 31).

Os trabalhos em saúde mental exigem especialização, tornando a aquisição de novos conhecimentos imprescindíveis, e nesse contexto o treinamento, a capacitação são ferramentas básicas para a aquisição e renovação dos conhecimentos. Tavares (2007, p. 292) chama a atenção para o fato de “o enfermeiro psiquiátrico ter dúvidas sobre o significado de seu papel profissional e pouco utiliza o julgamento clínico para realização das atividades de enfermagem”.

Conforme é mostrado pelos seguintes fragmentos:

“Chega o contrato hoje e amanhã você já começa a trabalhar, não tem uma abordagem antes, aí a gente acaba aprendendo com o dia a dia (...) O que eu necessito é de mais capacitação” (TE 5).

“Acho também que falta um preparo pra essas pessoas que chegam, por exemplo eu nunca trabalhei em saúde mental, caí aqui de para-quedas” (TE 6).

“Quando eu cheguei aqui pra trabalhar, no meu primeiro dia deu vontade de voltar, mas teve gente que foi embora no primeiro dia (...) eu não sabia nada” (TE 10).

As representações exprimem o anseio por um preparo prévio para um trabalho ainda não desenvolvido por alguns, o que denota uma falta de acolhimento pela gestão ao receber seus novos profissionais. A educação permanente e permanente permite relacionar a sua prática com cursos, palestras e informação, buscando cada vez mais adquirir/enriquecer os seus conhecimentos. E, segundo Tavares (2007, p. 293), é grande a vontade dos técnicos de participar de tais processos de educação permanente:

[...]100% dos enfermeiros e 84% dos técnicos têm interesse em participar. 50% dos enfermeiros e 80% dos técnicos disseram ter procurado atividades relacionadas à educação permanente nos últimos cinco anos, por conta própria”.

A autora acima destaca o fato de haver pouco ou nenhum incentivo por parte das instituições; além disso, os profissionais consideram como principais melhorias as condições de seu processo de trabalho em saúde mental, a expectativa de melhoria do vínculo de trabalho e as vantagens salariais.

As demandas para capacitação não devem somente partir de necessidades de atualização do profissional, mas deve-se originar também dos problemas oriundos do cotidiano, da organização do trabalho e das consequências geradas no dia a dia, devendo servir para preencher as lacunas existentes no serviço sendo capazes de transformar as práticas, bem como a própria organização do trabalho colaborando para o aumento de satisfação do profissional e do usuário que é diretamente beneficiado pelo prazer da realização laboral. Por isso, é necessário à Coordenação de Saúde Mental fazer um constante acompanhamento dos profissionais que são incorporados nos CAPS dando-lhes um acolhimento de apresentação e funcionamento do serviço e mantendo a educação permanente durante a permanência no CAPS.

Ainda relacionado ao processo de admissão, é mister uma discussão acerca do tipo contratual que vem sendo praticado nos últimos anos. Quando foram abordados sobre a equipe de trabalho, foi expresso por alguns participantes o desconforto em perceber muitas vezes a equipe desfragmentada pelos contratos que estão sendo praticados na administração atual da Prefeitura, onde são celebrados contratos de um ano, corroborando a fala dos participantes que se mostraram insatisfeitos com o processo de contratação.

Para Silva Júnior e Mascarenhas (2013), transformações ocorridas nas últimas décadas na produção de bens e serviços modificaram o conteúdo e a qualidade do trabalho humano, determinando a necessidade de adequação do profissional para as novas características do mercado. No caso da área da saúde, as mudanças ocorrem na área tecnológica, nos modelos assistenciais, gerenciais e no controle social, exigindo dos trabalhadores a busca de novas formas de se qualificar para atender às necessidades e demandas da saúde e de organização do serviço.

Neste contexto de mudanças, segundo Espíndula (2008), as dinâmicas da economia, da inovação, das instituições e do Estado, em particular, constituem esferas da vida social que devem ser articuladas para pensar o setor da saúde.

Segundo Flegeler(2008, p. 19):

O atual modelo de organização da produção baseia-se na flexibilização dos processos de trabalho, de produtos e de padrões de

consumo. Acrescenta-se uma crise de valores que interfere no cotidiano da vida e das relações de trabalho, resultando em questionamentos acerca da solidariedade, da relação indivíduo-coletividade e do exercício da cidadania.

De acordo com Espíndula (2008), nessa direção, o setor de saúde constitui, simultaneamente, um espaço importante de inovação e de acumulação de capital, gerando possibilidades de investimento, renda e emprego. No entanto, é preciso discutir como se dão as relações de trabalho no setor como um indicativo da fragilidade no vínculo empregatício.

No caso do processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, em seu aspecto econômico/organizacional ocorreu “[...] uma descentralização de encargos e um progressivo corte de recursos [...] com claro desequilíbrio entre as responsabilidades e os ônus e os recursos transferidos para suportá-lo” (NEVES, 2000, p. 23).

Como a Reforma se deu, a princípio em nível municipal, as prefeituras precisaram adequar-se à nova realidade, passando a custear boa parte dos programas e projetos sociais, além da folha de pagamento de seus servidores, principalmente nas áreas de saúde e educação (AFONSO; ARAÚJO, 2000).

Assim, a descentralização administrativa e em especial a descentralização da saúde, propiciou desigualdade e dificuldades distintas entre os municípios, seja pelo seu tamanho, capacidade de gestão e recursos financeiros, seja pela distribuição desigual da população, com alta concentração nos grandes centros urbanos [...] as contrapartidas financeiras do SUS estavam sempre postas na arena política como componente de pressão e resistência para a não-efetivação do processo de municipalização e, conseqüentemente, para a não regulamentação dos preceitos e pressupostos da Reforma Sanitária. (ESPINDULA, 2008, p.39-40).

Outro destaque importante, segundo Espindula (2008), diz respeito à focalização e à privatização. A focalização destaca o gasto social a programas e populações específicas, selecionadas por fatores como maior risco e necessidade. Este tipo de ação contradiz o princípio de universalidade do SUS e a garantia do acesso de toda a população aos serviços de saúde. No caso da privatização, a produção de bens e serviços públicos é transferida para o setor privado, levando-se uma maior lucratividade podendo, dessa forma, apresentar

uma resposta à crise do setor e, também, ao uso indevido de recursos públicos, atuando-se de maneira a fornecer uma forma de gerência mais eficiente e eficaz na prestação de serviços (ESPINDULA, 2008).

A privatização dos serviços e políticas constitui uma estratégia que, de modo geral, acompanha esses processos de descentralização administrativa e financeira. A privatização vem sendo realizada tanto em relação à transferência de oferta desses serviços para a sociedade civil quanto pelo mercado. O primeiro vetor privatizante é a transferência da produção e/ou distribuição dos serviços sociais para as “instituições públicas não estatais” que compõem o chamado campo do “terceiro setor”: associações de filantropia, grupos e organizações comunitárias. ONGs, trabalho voluntário, organizações filantrópicas tradicionais e suas formas modernas, aí incluindo a chamada filantropia empresarial (DURIGUETTO, 2007, p. 179).

Todos esses processos, iniciados em nível municipal, passaram aos estados e à esfera federal, numa forma de orientação para todas as gestões. Com isso atingiu-se diretamente os profissionais de saúde mental, visto que se recorreu a Planos de Demissão Voluntária e formas de terceirização buscando-se a redução dos custos da força de trabalho, como forma de manter a qualidade dos serviços públicos, “pelo comprometimento da receita com a aposentadoria dos servidores, o salário dos ativos ou o pagamento da dívida pública” (ESPINDULA, 2008, p. 40).

Em relação à discussão trabalhista, as admissões poderiam se dar sob a forma de contratos, concurso público e terceirizações. O concurso público ainda aparece como a melhor alternativa quanto se fala em estabilidade, entretanto grande parte dos enfermeiros trabalha como contratado, mas tem sido encontrados relatos de descontentamento quanto a esta forma de admissão.

“(…) tem gente boa que vai embora por causa do contrato (E 4)”.

“Hoje nós temos um profissional bom e amanhã já foi embora, a equipe funciona bem e de repente tem que ir embora e quebra a equipe por conta disso (TE 5)”.

Quanto à terceirização, merece destaque, uma vez que ela tem sofrido algumas críticas quanto a seus processos de contratação e manutenção de

trabalhadores. A época da Reforma Psiquiátrica vigorava o art. 10 do Decreto-Lei 200/67 dispondo que:

[...] a execução das atividades da Administração Federal deverá ser amplamente descentralizada. Para melhor desincumbir-se das tarefas de planejamento, coordenação, supervisão e controle com o objetivo de impedir o crescimento desmesurado da máquina administrativa, a Administração procurará desobrigar-se da realização material de tarefas executivas, recorrendo, sempre que possível, a execução indireta, mediante contrato, desde que exista, na área, iniciativa privada suficientemente desenvolvida e capacidade a desempenhar os encargos de execução (DINIZ, 2003, p. 211).

Essa legislação induzia a administração estatal a se desfazer de qualquer obrigação relativa à realização de tarefas executivas, instrumentais, delegando-as à execução indireta, na forma de contratos, desde que se observasse o Princípio da Legalidade. Entretanto, ainda existiam, na época, muitas dúvidas em relação ao alcance do processo de terceirização.

Outro problema se dá com relação à terceirização dos serviços, na área de saúde, entre os mais relevantes são destacados por Costa (2005, p. 19):

1 a baixa experiência da administração pública na regulação eficiente das organizações terceirizadas, potencializando um processo de captura e baixa responsabilização;

2 a pouca confiança na capacidade de contratualização do Estado;

3 a ameaça aos direitos dos cidadãos de acesso e utilização de bens públicos pela criação de mecanismos alternativos ao quase-mercado para financiamento de organizações situadas no terceiro setor. Esta ameaça tem recolocado na agenda a discussão das atividades estratégicas as quais o poder público não pode submeter a mecanismos de mercado pela ameaça à equidade e à justiça distributiva;

4 a indefinição sobre quem arca com os altos custos de transação para estabelecer o equilíbrio entre principal e agente, e prevenir os contratos contra as condutas oportunistas;

5 a constatação de que as teorias de mercado aplicadas ao setor público podem produzir resultados incertos e desastrosos, gerando novos gastos pela necessidade de correção das falhas do mercado em situações de assimetria de informação entre os agentes ou de controle por um único provedor dos mercados criados pelo setor público.

Neste cenário, os profissionais da área de saúde mental começaram a

ver seu ambiente de trabalho com certa insegurança, em relação às suas opções relativas à manutenção do vínculo empregatício.

“Agora a equipe está um pouco esfacelada, vai entrando gente nova, com outras cabeças, são os contratos frágeis, né? (...) até agora já tivemos cinco enfermeiros (E 1)”.

Além dos fatores econômicos, outro ponto característico da situação de fragilidade do vínculo empregatício do setor de saúde mental decorre da falta de uma melhor forma de assistência aos profissionais quanto a formas de capacitação e treinamento.

“(...) e essa rotatividade que acho muito ruim, você não adequa a equipe, ano que vem outra equipe, aí tem que começar tudo do zero de novo, porque eu sou efetiva, então eu estou aqui, vou estar sempre aqui, mas os colegas vão embora (E 6)”.

Neste sentido, segundo Tavares (2007, p. 291):

A persistência de uma assistência desqualificada no campo da saúde mental faz com que os profissionais da área tenham um grande desinteresse por este campo de atuação. A falta de definição em torno do papel do enfermeiro psiquiátrico gera dificuldades no seu processo de trabalho em equipe. Além disso, os enfermeiros possuem um vínculo de trabalho mais precário do que do restante dos demais enfermeiros. O fato de alguns enfermeiros serem funcionários cooperados enfraquece as suas relações com a instituição. O vínculo frágil não garante a continuidade do trabalho e, portanto, da assistência, como seria desejado. Por tudo isso, a enfermagem psiquiátrica, não obteve grandes avanços no Brasil.

É interessante notar uma tendência à mudança na realização das ações de enfermagem, em relação ao contato com o cliente/paciente, com desenvolvimento de práticas terapêuticas e grupais, assim como um espaço de maior definição e reconhecimento da equipe de saúde mental. Mesmo assim, ainda uma notável diferenciação em relação aos países mais desenvolvidos, onde “o enfermeiro passou a assumir mais atividades com finalidade terapêutica por intermédio do relacionamento terapêutico e programas de educação a pacientes e familiares, o que garante maior autonomia e satisfação profissional” (TAVARES, 2007, p. 291).

Bernardo, Verde e Pizòn (2013) destacam que a vinculação estatutária pode promover, de acordo com os enfermeiros e profissionais da área de saúde, formas de planejamento para as estratégias a longo prazo, com uma organização mais eficiente, com conseqüente qualidade do atendimento prestado aos usuários. Os autores ainda relatam que o vínculo firmado com as instituições deverá ter como base princípios de responsabilidade, compromisso e coparticipação, sempre em ações conjuntas com a população e demais profissionais, nas atuações multidisciplinares. Evidenciam a necessidade de discussões acerca das políticas de gestão trabalhistas, com vista na implantação de ações e estratégias que possibilitem maiores garantias para manutenção do vínculo empregatício, ainda que tais processos se deem de forma lenta e gradual.

O pouco comprometimento da administração com os profissionais contratados da saúde pela Prefeitura parece repercutir no engajamento e qualidade dos serviços prestados, prejudicando o trabalho e desprotegendo o trabalhador que não tem uma garantia estatutária, fragiliza o emocional do profissional que se depara com o realizar das tarefas de sua função associado com a falta de estabilidade nesse serviço.

Evidenciou-se que os trabalhadores contratados ficam a mercê das oscilações contratuais e que os concursados também são afetados quando percebem uma dificuldade no processo organizacional no trabalho. Fica demonstrada aí a necessidade de uma nova política na gestão do trabalho, em que o profissional possa participar das ações implementadas e que haja adoção de concepções nas relações de trabalho, especialmente na Saúde Mental, adotando medidas na contratação e com políticas de valorização de profissionais que se identifiquem com o setor erradicando a política de vínculos frágeis.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem, ao longo de sua evolução não era considerada profissional, pois era uma atividade de caridade, vigorando sentimentos de submissão e humildade, sem cientificismo, prevalecendo o empirismo voltado a exercício do cotidiano. A assistência da enfermagem no contexto psiquiátrico foi fundamentada numa prática de característica hospitalar. Atividades realizadas fora desse contexto seriam fora da realidade curativista, uma vez que tais atividades eram com o objetivo disciplinador, de corrigir um comportamento desviante do louco. Termo assim considerado nos moldes do tratamento de cunho manicomial, não sendo aceito nos dias atuais.

O trabalho da enfermagem na psiquiatria ainda era o de observar a aplicação da terapêutica que foi indicada pelo médico, ou seja, pouco participava das condutas com o paciente, servindo apenas como executante das ordens e prescrições. Tal contexto teve um progresso com o passar dos anos, podendo-se notar claramente como a enfermagem caminhou evolutivamente no processo da Reforma Psiquiátrica aos dias de hoje, demonstrando sua importância como agente modificador.

Deve-se ressaltar a importância do estudo da Teoria da Representação Social como referencial teórico, a fim de elucidar o imaginário individual e coletivo da enfermagem dentro de uma nova perspectiva do tratamento psiquiátrico. Conhecer essas representações do universo da enfermagem dentro dos CAPS torna-se de grande importância quando percebemos que os profissionais inseridos no processo terapêutico devem ter seus anseios e perspectivas acolhidos dentro da instituição para que possam replicar essa satisfação.

Neste estudo, nas representações apresentadas pelos participantes, nota-se uma mistura de sentimentos, expectativas, frustrações consigo mesmo e com os outros. Quando os participantes falam de seu cotidiano de trabalho, o processo de chegada ao serviço, a equipe de trabalho e de sua rotina de trabalho no CAPS, aparecem nas entrevistas temas como o ambiente de trabalho, equipe de trabalho, relações com chefias, cansaço e sobrecarga, remuneração, falta de treinamento e a fragilidade no processo de contratação.

As representações que emergiram neste estudo refletem o cotidiano e o viver destes profissionais. Alguns participantes se referem a suas limitações e à busca pela realização de um fazer terapêutico com mais segurança, mas sentem-se sem apoio ou percebem-se sem respaldo científico para praticá-lo no que se refere à falta de capacitação e de curso introdutório sobre o CAPS quando no início de suas atividades.

Trazem representações sobre o tipo de contrato vigente na Prefeitura deste município em que vigora o processo seletivo com duração de seis meses podendo ou não ser prorrogado por igual período, o que acarreta para o profissional que se vincula dentro desse contrato uma insatisfação em relação aos outros profissionais e sua falta de estabilidade em não saber se seu contrato será ou não renovado e convivendo com a certeza que ao término de um ano, caso o profissional não tenha outro vínculo, o contrato findará, acarretando na perspectiva do desemprego, o que causa um desestímulo ao profissional no executar de suas tarefas.

Os participantes do estudo representam o cansaço e a sobrecarga como um expoente que compromete o bom andamento na execução de suas funções. Referem ao cansaço mental e na sobrecarga ao final da semana, na falta de um lugar para descansar, irritabilidade ao chegar em casa e a sensação de frustração pela realização de forma insatisfatória durante a execução de suas tarefas nos CAPS, além do uso de medicamentos que antes da vinculação ao serviço não eram administrados.

A remuneração referida no estudo aparece com representações de insatisfação para alguns participantes quando comparados a outros setores da Prefeitura que recebem adicionais que não são pagos na Saúde Mental, gerando um descontentamento e suscitando dúvidas acerca do merecimento ou não desse acréscimo pelos outros setores e o motivo destes profissionais apenas receberem a insalubridade.

As representações que permeiam a relação com as chefias, com os coordenadores internos ou externos se apresentaram com sentimentos de falta de escuta e participação no processo terapêutico. Ainda há descontentamento com a gerência, a falta de voz e estrutura para os profissionais.

Neste estudo pôde ser percebida a necessidade de melhorar os processos de incorporação do profissional à equipe do CAPS, a fim de evitar

que profissionais sem perfil para o trabalho com Saúde Mental permaneçam em contato com os usuários e com uma equipe comprometida, colocando em risco o bom andamento do processo terapêutico. Bem como assegurar ao profissional um ambiente psicossocial favorável ao desenvolvimento de suas atividades.

Espera-se que, com os resultados dessa pesquisa, os gestores possam compreender a importância de qualificar e de manter os profissionais lotados nos CAPS em constante aprendizado, além de proporcionar a estes condições de bem-estar, segurança, salvaguardando sua integridade física e emocional, valorizando-o como agente possibilitador de mudanças em seu meio de atuação e aos usuários, alvo do cuidado implementado. Bem como os mesmos profissionais possam aqui ter uma representatividade, podendo dar voz às suas aflições e que este estudo também possa facilitar o processo de pesquisa e dos profissionais inseridos nos CAPS e na área de Saúde Mental, para que possa ser expandida e cada dia poder estar em processo de evolução para sanar a dívida que se tem com o portador em sofrimento psíquico.

Saliento a dificuldade de conseguir profissionais dispostos a participar da pesquisa. Mesmo que a pesquisa tenha conseguido obter dados para reincidência, houve profissionais que não se mostraram dispostos a responder o questionário. Infelizmente, acredito ter pedido relatos enriquecedores de profissionais com vivência dentro da área, mas reflete também a incredulidade na mudança dentro do cenário da enfermagem, conforme ouvi enquanto abordava um profissional que disse: “Pra que isso? Não adianta nada mesmo”. Tal frase causa um impacto negativo ao ser ouvida mas é instigante quando se deseja mudar o cenário da Saúde Mental, que muito tempo atrás, se fosse narrada, não passaria de utopia aos olhos daqueles que diziam ser impossível mudar. O que me fez lembrar uma frase de Friedrich Nietzsche: “E aqueles que foram vistos dançando foram julgados insanos por aqueles que não podiam escutar a música.” Devemos acreditar nas mudanças, acreditar que é possível. Aos gestores e à equipe de enfermagem, espera-se a união e a vontade de prosseguir a luta para sanar as sequelas deixadas aos pacientes em sofrimento psíquico.

## REFERÊNCIAS

ABRIC, Jean-Claude. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998, 2000.

ALECRIM, Joseane Santos; CAMPOS, Luciana de Freitas. Visão dos técnicos e auxiliares de enfermagem sobre o estilo de liderança do enfermeiro.

**CogitareEnferm**2009 Out/Dez; 14(4):628-37. Disponível em:

[http://bases.bireme.br/cgi-](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=568360&indexSearch=ID)

[bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=568360&indexSearch=ID](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=568360&indexSearch=ID). Acesso em: 03-10-2016.

ALMEIDA, Geovana Brandão Santana. Representações Sociais de usuários e profissionais de serviços básicos de saúde sobre hipertensão arterial: o discurso do sujeito coletivo. 2009. 232f. Tese (Doutorado em Enfermagem)– Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n4/a03v24n4.pdf>. Acesso em: 03-10-2016.

AMARANTE Paulo. **Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro.(RJ): FIOCRUZ; 1994.

AMARANTE, Paulo. Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2.ed., Rio de Janeiro (RJ): **Editora Fiocruz**, p. 44, 2010. Disponível em: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/loucos-pela-vida-trajet%C3%B3ria-da-reforma-psiqui%C3%A1trica-no-brasil>. Acesso em: 03-10-2016.

AMARANTE, Paulo. Saúde mental e atenção psicossocial. SCIELO-**Editora FIOCRUZ**, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n4/27.pdf>. Acesso em: 03-10-2016.

AMARO, Daniel. Juiz de Fora decreta fim dos hospitais psiquiátricos. Belo Horizonte. 2016. Disponível em: <http://www.jornaledicaodobrasil.com.br/site/juiz-de-fora-decreta-fim-dos-hospitais-psiquiatricos/>. Acesso em: 03-10-2016.

ANTUNES, Ricardo (org). A dialética do trabalho: escritos de Marx e Engels. São Paulo: **Expressão Popular**, 2004.

AREJANO, Ceres Braga. Reforma Psiquiátrica: uma análise das relações de poder nos serviços de atenção à saúde mental. Florianópolis: UFSC, 2002.

AZEVEDO, Ana Julia Diniz; EGITO, Talita Dantas Tabosa do. Fatores que influenciam a satisfação do trabalho: um estudo de caso na Gondim Imóveis. **Grupo de Trabalho: Gestão de Pessoas e Comportamento Organizacional**. s.d,s.p. 2015. Disponível em:

<http://www.virtual.unilestemg.br/ojs/index.php/CONCISA/article/download/86/7>. Acesso em: 03-10-2016.

BAGGIO, Maria Aparecida; FORMIAGGIO, Filomena Maria. Trabalho, cotidiano e profissional de enfermagem: o significado do descuido de si. Florianópolis, SC. **CogitareEnfermagem**. Jan/Mar; 2008. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/11954>. Acesso em: 03-10-2016.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Edições 70. 2008.

BARROS E SILVA, Mary Cristina. Repensando os porões da Loucura: Um estudo sobre o hospital colônia de Barbacena. Dissertação de Mestrado:UFMG. 2005. Disponível em: [http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2476/1/ENSP\\_Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_pdf](http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2476/1/ENSP_Disserta%C3%A7%C3%A3o_pdf) . Acesso em: 03-10-2016.

BERGAMINI, Cecília W.; CODA, Roberto. **Psicodinâmica da vida organizacional**: motivação e liderança. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2007.

BERNARDO, Marcia Hespanhol.; VERDE, Fábio Frazatto.; PINZÓN, Johanna Garrido. Vivências de trabalhadores com diferentes vínculos empregatícios em um laboratório público. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, 2013, vol. 16, n. 1, p. 119-133. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1516-37172013000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-37172013000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 03-10-2016.

BERTONCELLO, N. M. F.; FRANCO, F. C. P. Estudo bibliográfico de publicações sobre a atividade administrativa da enfermagem em saúde mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Set-Out, 2001. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692001000500013&script=sci\\_abstract&tlng=eses](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692001000500013&script=sci_abstract&tlng=eses). Acesso em: 03-10-2016.

BRASIL . Ministério da Saúde. (2002). Legislação em Saúde Mental (3ª ed.) Brasília: série Legislação em Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/legislacaosaudemental2002completa.pdf>. Acesso em: 03-10-2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2004) Saúde Mental no SUS: os centros de atenção Psicossocial. Brasília: **Ministério da Saúde**. Disponível em: [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf). Acesso em: 03-10-2016.

BRASIL. Ministério da Saúde .Saúde mental em dados 10. Ano VII, nº 10, março de 2012. Acesso em 21/06/2015. Disponível em: em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf>. Acesso em: 03-10-2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial. Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília (DF). 2011. 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: 03-10-2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336/02. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental, Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>. Acesso em: 01-05-2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 224/MS, de 29 de janeiro de 1992. **Brasília: Ministério da Saúde**, 1992. Disponível em: [http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria\\_224.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_224.pdf). Acesso em: 03-10-2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. **Ministério da Saúde: Brasília**, janeiro de 2007, 85p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_gestao\\_saude\\_mental\\_2003-2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf). Acesso em: 10-06-2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. **Brasília: Ministério da Saúde**, 2004a. 86p. Disponível em: [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/smdados4.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/smdados4.pdf). Acesso em: 03-10-2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. **Ministério da Saúde: Brasília**, janeiro de 2007, 85p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_gestao\\_saude\\_mental\\_2003-2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf). Acesso em: 05-11-2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos, versão 2012. Brasília (DF). 2012. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23\\_out\\_vers\\_ao\\_final\\_196\\_ENCEP2012.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_vers_ao_final_196_ENCEP2012.pdf). Acesso em: 15-01-2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental. Cadernos de atenção básica. **Brasília: Ministério da Saúde**, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, 32). Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_34.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf). Acesso em: 23-10-2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº251/2002.. Desenvolve o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares – PNASH. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/10006002756.pdf>. Acesso em: 20-10-2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Brasília, 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 48p. Disponível em [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) e [www.saude.gov.br/bvs/saudemental](http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental). Acesso em: 02-10-2016.

BRASIL. Residências terapêuticas: o que são, para que servem / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>. Acesso em: 01-10-2016.

BRASIL. Salário mínimo 2016. Disponível em: <http://trabalho.gov.br/salario-minimo>. Acesso em: 22-10-2016.

BRASIL. Destina incentivo financeiro para implantação de Centros de Atenção Psicossocial e dá outras providências. 2005. Disponível em : [http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/infanciahome\\_c/dr\\_drogadicao/dr\\_legislacao\\_drogadicao/Federal\\_Drogadicao/7C811836971F3517E040A8C02C017302](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/infanciahome_c/dr_drogadicao/dr_legislacao_drogadicao/Federal_Drogadicao/7C811836971F3517E040A8C02C017302). Acesso em 30-09-2016.

BICHAFF, Regina. O trabalho nos centros de atenção psicossocial: uma reflexão crítica das praticas e suas contribuições para a consolidação da Reforma Psiquiátrica[Dissertação]. São Paulo (SP). **Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**; 2006. Disponível em: [www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7134/tde-17102006-121439/.../Regina\\_Bichaff.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7134/tde-17102006-121439/.../Regina_Bichaff.pdf) . Acesso em: 01-10-2016.

CAMPOS, Ana Lucia de Almeida; GUTIERREZ, Patrícia dos Santos Generoso. A assistência preventiva do enfermeiro ao trabalhador de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn**.Jul/Ago, 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000400015&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000400015&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 01-10-2016.

CAMPOS, Maryane Oliveira; NETO, João Felício Rodrigues. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**. vol. 32, n.2, p. 232-240, maio/ago 2008. Disponível em: <http://stoa.usp.br/lislaineaf/files/-1/19150/qualidade-vida-instrumento-promocao-saude%3E.pdf>. Acesso em: 01-10-2016.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, D. M. D. S. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2013/06\\_jun\\_14\\_publicada\\_resolucao.html](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html). Acesso em: 01-10-2016.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. Principais legislações para o exercício da enfermagem. Minas Gerais: Demais editoração e publicação, 2007. Disponível em: [www.corenmg.gov.br/anexos/enfermeiro\\_rt.pdf](http://www.corenmg.gov.br/anexos/enfermeiro_rt.pdf). Acesso em: 01-10-2016.

COSTA, M. da S. O sistema de relações de trabalho no Brasil: alguns traços históricos e sua precarização. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 20, n. 59, p. 111-131, 2005. Disponível em: [www.atena.org.br/revista/ojs-2.2.3-08/index.php/ufrij/article/view/875/1098](http://www.atena.org.br/revista/ojs-2.2.3-08/index.php/ufrij/article/view/875/1098). Acesso em: 01-10-2016.

DELGADO, Paulo.Gabriel.Godinho. **Reforma Psiquiátrica e cidadania: o debate legislativo**. Revista Saúde em Debate, n. 35, p.80-4, jun 1992.

DELGADO, Paulo Gabriel Godinho. **Lei Nº 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. Disponível em: <http://www.paulodelgado.com.br/lei-n%C2%BA-10-216-de-6-de-abril-de-2001/>. Acesso em 20-03-2016.

DINIZ, Maria Helena. **Curso de Direito Civil Brasileiro, v. 1: teoria geral do direito civil**. 20.<sup>a</sup> ed. rev. aum. São Paulo: Saraiva, 2003.

DURIGUETTO, M. L. **Sociedade civil e democracia: um debate necessário**. São Paulo: Cortez, 2007.

DURKHEIM, ÈMILE. **Les formes élémentaires de laviereligieuse**. Paris. Alcan, 1912. p.626.

ESPINDULA, Karina Daleprani. **Trabalhadores de saúde no SUS: vínculos frágeis? Implicações complexas?** Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva. Vitória, 2008. disponível em: [http://www.portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese\\_2571\\_.pdf](http://www.portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_2571_.pdf) Acesso em: 05-07-2016.

FERRER, Ana Luiza. (2007) Sofrimento psíquico dos trabalhadores inseridos nos Centros de Atenção Psicossocial: entre o prazer e a dor de lidar com a loucura. Dissertação (Mestrado), **Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas de Campinas. Campinas: UNICAMP**. Disponível em: <file:///C:/Users/carol/Downloads/FerrerAnaLuiza.pdf>. Acesso em: 05-07-2016.

FERREIRA, Juliana Caires de Oliveira Achili; KURCGANT, Paulina. Capacitação profissional do enfermeiro de um complexo hospitalar de ensino na visão de seus gestores. **Acta Paul Enferm.** 2009. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002009000100005&script=sci...tlnq](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002009000100005&script=sci...tlnq) . Acesso em: 05-07-2016.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Perfil da Enfermagem no Brasil**. 2015. Disponível em <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem-no-brasil>. Acesso em: 09-03-2016.

FLEGELER, Débora dos Santos Flegeler; GUERRA, MaikaAlves; ESPINDULA, Karina Daleprani; LIMA, Rita de Cássia Duarte. O trabalho dos profissionais de saúde na estratégia saúde da família: relações complexas e laços institucionais frágeis. **UFES Rev Odontol.** Vitória, ES,2008. Disponível em: [bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?!sisScript...xis...](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?!sisScript...xis...)Acesso em: 09-03-2016.

FLICK , Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa.** Tradução Joice Elias Costa. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GUARESCHI, Pedrinho, JOVCHELOVITCH, Sandra. **Textos em representações sociais.** 10 ed. Petrópolis: Vozes. 2008. p. 31-66.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Contagem Populacional. [online] Disponível na internet via WWW URL: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/ecnomia/comercioeservico>. Acesso em 27-10-2016.

ISHARA Sergio. Equipes de Saúde Mental: Avaliação da satisfação e do impacto de trabalho em hospitalização integral e parcial. **Ribeirão Preto:** 2007. 153 p.

JOB, Fernando Pretel Pereira. Os sentidos do trabalho e importância da resiliência nas organizações. **EAESP/FGV.** São Paulo, 2003. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/2535/71441.PDF?saque>. Acesso em: 03-04-2015.

JUIZ DE FORA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Plano Municipal de Saúde Mental, 1992. Disponível em <https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/saude/historico.php>. Acesso em: 20-10-2016.

JUIZ DE FORA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. 2016. Disponível em <https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/saude/historico.php>. Acesso em: 20-10-2016.

KANTORSKI, Luciane Prado; MIELKE, Fernanda Barreto; TEIXEIRA JUNIOR, Sidnei. O trabalho do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 6, n. 1, p. 87-106, 2008 . Availablefrom<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462008000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000100006&lng=en&nrm=iso)>. acesso em: 09 -10-2016

KHOURY, Hala Jamil; ELIAS, Margareth A. Barbosa. **Recursos humanos e o controle de infecção.** In: FERNANDES, Antônio Tadeu; et al. Infecções Hospitalares e suas interfaces na área de saúde. São Paulo. Atheneu, 2000.

LEAO, Adriana; BARROS, Sônia. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. **Saúde soc.**, São Paulo , v. 17,n. 1, p. 95-106, Mar. 2008 . Disponível

em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902008000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000100009&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 07-02-2016.

LOBOSQUE, Ana Marta. Seminário Saúde Mental: Os Desafios da Formação. Caderno Saúde Mental, Belo Horizonte: ESP-MG, v. 3, 2010. 203p. Disponível em:

[http://www.esp.mg.gov.br/wpcontent/uploads/2011/02/caderno\\_SM3\\_Os\\_desafios\\_da\\_formacao.pdf](http://www.esp.mg.gov.br/wpcontent/uploads/2011/02/caderno_SM3_Os_desafios_da_formacao.pdf). Acesso em: 15-02-2015.

MACHADO, A. G., & MERLO, A. R. C. (2006). Cuidadores, seus amores e suas dores: o prazer e o sofrimento psíquico dos auxiliares e técnicos de enfermagem de um hospital cardiológico. **Psicologia e Sociedade**.20(3), 444-452. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000283&pid=S1414-9893201100030000500027&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000283&pid=S1414-9893201100030000500027&lng=pt). Acesso em: 07-02-2016.

MACHADO, Ana Lúcia. Unidades de internação psiquiátrica em hospital geral: espaços de cuidados e a atuação da equipe de enfermagem. **Rev. Latino-am.Enfermagem**. 2003 setembro-outubro; 11(5):672-7. Disponível em

[http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0104-11692003000500016&pid=S0104-11692003000500016&pdf\\_path=rlae/v11n5/v11n5a16.pdf](http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0104-11692003000500016&pid=S0104-11692003000500016&pdf_path=rlae/v11n5/v11n5a16.pdf). Acesso em : 31-05-2016.

MARCOLAN, João Fernando. Opinião dos enfermeiros que atuam em enfermagem psiquiátrica e em saúde mental no município de São Paulo sobre suas ações. [Dissertação]. São Paulo. (SP): **Escola de Enfermagem/USP**; 1996. Disponível em:

<https://books.google.com.br/books?id=NTG9AAAAQBAJ&pg=PA278&lpg=PA278&dq=MARCOLAN,+Jo%C3%A3o+Fernando.+Opini%C3%A3o+dos+enfermeiros+que+atuam+em+enfermagem+psiqui%C3%A1tr>. Acesso em : 31-05-2016.

MARTINEZ, Maria Carmen; PARAGUAY, Ana Isabel Bruzzi Bezerra; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira. Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. **Revista Saúde Pública [online]**. 2004, vol.38, n. 1, p. 55-61. ISSN 0034-8910. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102004000100008&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102004000100008&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em : 31-05-2016.

MARX, Karl. O Capital: crítica da economia política. 22ª ed., Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004. (2 volumes)

MERHY, Emerson Elias. (2004). O CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. Acesso em 13 fev. 2016. Disponível

em <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-08.pdf>. Acesso em: 24-04-2016.

MILANELLI, Hânia. Ser docente: um estudo sobre as representações sociais de enfermeiros que atuam como professores no ensino técnico de enfermagem. 2010. 175 f. Disponível em: [http://ibict.metodista.br/tedeSimplificado/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=2576](http://ibict.metodista.br/tedeSimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2576). Acesso em: 20-04-2016.

MENDES. Silvia Maria de Oliveira. Saúde Mental e Trabalho: Transversalidade das Políticas e o caso de Juiz de Fora. Dissertação mestrado. UFJF, 2007. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp040877.pdf>. Acesso em: 02-10-2016.

MENDES. Silvia Maria de Oliveira . Um Estudo Sobre a Assistência do CAPS Casa Viva de Juiz de Fora. Juiz de Fora: Curso de Especialização em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG), 2000. Disponível em: [www.ufjf.br/ppgservicosocial/dissertacoes.../dissertacoes-defendidas-ano-2007/](http://www.ufjf.br/ppgservicosocial/dissertacoes.../dissertacoes-defendidas-ano-2007/). Acesso em: 20-04-2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, Maria Cecília Souza de. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes. 2012.

MIRANDA , Cristina Maria Loyola. **O parentesco imaginário:** história e representação da loucura nas relações do espaço asilar. São Paulo (SP): Cortez; 1994.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais:** investigações em psicologia social. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MOSCOVICI, Serge. **A psicanálise:** sua imagem e seu público. Petrópolis: Vozes, 2012. Coleção Psicologia Social. 456p.

MOURA, Gisela Maria Schebella Souto de, Temas e estratégias para lideranças em enfermagem [recurso eletrônico]: enfrentando os desafios hospitalares atuais. Dados eletrônicos. **Porto Alegre: Artmed**, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt\\_09.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_09.pdf). Acesso em: 05-10-2016.

MOURA, Gisela Maria Schebella Souto de; MAGALHÃES, Ana Maria Muller de; DALL´AGNOL, Clarice Maria; JUCHEM, Beatriz Cavalcanti; MARONA, Daniela dos Santos. Liderança em enfermagem: análise do processo de escolha das chefias. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 18(6):[09 telas] nov.-dez. 2010. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4263/5382>. Acesso em: 05-10-2016.

MURUFUSE, Neide Tiemi; ABRANCHES, Sueli Soldati; NAPOLEÃO, Anamaria Alves. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Mar/Abr, 2005. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000200019&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000200019&script=sci_abstract&lng=pt). Acesso em: 05-10-2016.

NEVES, G. H. O município no Brasil: marco de referência e principais desafios. **Cadernos Adenauer**, São Paulo. n. 4, p. 9-33, jun. 2000. Disponível em: [http://www.portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese\\_2571.pdf](http://www.portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_2571.pdf). Acesso em: 05-10-2016.

NIEMAN, David C. Saúde: como se prevenir de doenças usando o exercício como seu medicamento. 1999. Manole.

OLIVEIRA, Alice G. Bottaro de; ALESSI, Neiry Primo. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 333-340, Jun. 2003. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692003000300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000300011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07-05-2016.

OIT - Organização Internacional do Trabalho. Conceito de Trabalho. Disponível em: <http://www.ilo.org/brasil/conheca-a-oit/lang-pt/index.htm>. Acesso em: 07-05-2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. **Saúde e doença**. Disponível em: <http://cemi.com.pt/2016/03/04/conceito-de-saude-segundo-oms-who/>. Acesso em: 20-07-16.

PASCHOAL, Amarílis Schiavon; MANTOVANI, Maria de Fátima; MÉIER, Marineli Joaquim. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342007000300019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000300019). Acesso em: 07-05-2016.

PADRÃO, Messias Ligouri. O estatuto do doente mental. **Revista Saúde em Debate**, n.37, p.11-5, 1992.

PEREIRA, M.C.A.; FÁVERO, N. A. motivação no trabalho da equipe de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enferm.** 2001. Disponível em: [www.revistas.usp.br/rlae/article/download/1578/1623](http://www.revistas.usp.br/rlae/article/download/1578/1623). Acesso em: 07-05-2016.

PRANDONI, Raul Fernando Sotelo; PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza; SPRICIGO, Jonas Salomão. A Reforma Psiquiátrica possível e situada. **Revista de Enfermagem**. UERJ v.14 n.3 Rio de Janeiro set. 2006.

RABELO, Ionara Vieira Moura; TORRES, Ana Raquel Rosas. Trabalhadores em saúde mental: relações entre práticas profissionais e bem-estar físico e psicológico. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 614-625, dez. 2005. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932005000400010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000400010&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 07-05-2016.

RAMMIGER, Tatiana. **A saúde mental do trabalhador em Saúde Mental; um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico.** Porto Alegre. V.16, n° 1, p. 111-120. Jul/set. 2002. Disponível em: [http://www.esp.rs.gov.br/img2/v16n1\\_10saudemental.pdf](http://www.esp.rs.gov.br/img2/v16n1_10saudemental.pdf). Acesso em: 25-01-2016.

REINALDO, Amanda Márcia dos Santos e PILLON, Sandra Cristina. História da enfermagem psiquiátrica e a dependência química no Brasil: atravessando a história para reflexão. **Esc. Anna Nery** [online]. 2007, vol.11, n.4, pp. 688-693. ISSN 1414-8145. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n4/v11n4a21.pdf>. Acesso em: 27-03-2016.

RIBEIRO, Mirtes; SANTOS, Sheila Lopes dos; MEIRA, Taziane Graciet Balieira Martins. Refletindo sobre liderança em enfermagem. **Esc Anna Nery R Enferm** 2006 abr.; 10 (1): 109 – 15. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/ean/v10n1/v10n1a14](http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n1/v10n1a14). Acesso em: 27-03-2016.

ROTELLI, Franco; AMARANTE, Paulo. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. 1992

SANTOS, Maria de Fátima de Souza; ALMEIDA, Leda Maria de. **Diálogos com a teoria da representação social.** Recife: Editora Universitária da UFPE, 2005. 200p.

SAEKI T. Análise da prática do enfermeiro em um hospital psiquiátrico. [Tese]. Ribeirão Preto (SP): **Escola de Enfermagem/USP**; 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n5/12370.pdf>. Acesso em: 27-03-2016.

SCHIMIDT, D.R.C, DANTAS, R.A.S. (2006). Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 14(1),54-60. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692006000100008&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692006000100008&script=sci_abstract&lng=pt). Acesso em: 27-03-2016.

SCHRADER, Greice; PALAGI, Sofia; DALPAI, Daiane; JACONDINO, Michelle Barbosa; MARTINS, Caroline Lemos; THOFERN, Maira Buss. Remuneração e qualidade de vida: implicações para o trabalho dos enfermeiros. Seminário Internacional sobre o Trabalho de Enfermagem. Biossegurança no Trabalho de Enfermagem: perspectivas e avanços. Bento Gonçalves, RS, Agosto, 2011. Disponível em: [www.escavador.com/sobre/3506822/greice-schrader](http://www.escavador.com/sobre/3506822/greice-schrader). Acesso em: 27-03-2016.

SELIGMANN-SILVA, Edith. **Desgaste mental no trabalho dominado.** Rio de Janeiro/São Paulo: Editora UFRJ/Cortez Editora; 1994, 322p.

STARFIELD, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: MS/UNESCO, 2002.

SILVA, Elisa Alves da; COSTA, Ilenolzídio da. Saúde mental dos trabalhadores em saúde mental: estudo exploratório com os profissionais dos Centros de

Atenção Psicossocial de Goiânia/Go. **Psicol. rev. (Belo Horizonte)**, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 83-106, jun. 2008 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-11682008000100006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682008000100006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 27-03-2016.

SILVA, Juliana Catarine Barbosa da; OLIVEIRA FILHO, Pedro de. Produções discursivas sobre o trabalho em equipe no contexto da Reforma Psiquiátrica: um estudo com trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial. **Estud. psicol.** (Campinas), Campinas , v. 30, n. 4, p. 609-617, Dec. 2013 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2013000400014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2013000400014&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 27-03-2016.

SILVA, Bernadete Monteiro; LIMA, Flávia Regina Furtado; FARIAS, Francisca Sônia de Andrade Braga; CAMPOS, Antônia do Carmo Soares Campos. Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. **Texto Contexto - Enferm.** 2006;15(3):442-8. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000300008&script=sci...tlnq](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000300008&script=sci...tlnq). Acesso em: 27-03-2016.

SILVA, Ana Luisa Aranha e; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 13, n. 3, p. 441-449. 2005 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692005000300020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000300020&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 27-03-2016.

SILVA JÚNIOR, Aluisio Gomes da; MASCARENHAS, Mônica Tereza Machado. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2013. Disponível em: <http://200.129.241.70/isc/sistema/arquivos/08081111082808.pdf>. Acesso em: 27-03-2016.

TAVARES, Claudia Maria de Melo. A Educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, Abr/Jun, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000200013&script=sci\\_abstract&tlnq=eses](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000200013&script=sci_abstract&tlnq=eses). Acesso em: 27-03-2016.

TENANI, Mariana Neves Faria; VANNUCHI, Marli Terezinha Oliveira; HADDAD, Maria do Carmo Lourenço; MATSUDA, Laura Misue; PISSINATI, Paloma de Souza Cavalcante. Satisfação profissional dos trabalhadores de enfermagem recém-admitidos em hospital público. **REME –Rev. Min.Enferm.** 2014. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=27003&indexSearch=ID>. Acesso em: 27-03-2016.

TENORIO, Fernando. A Reforma Psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro v. 9, n. 1, p. 25-59, Apr. 2002 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702002000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000100003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 27-03-2016.

TOLEDO, Rose Pompeu de. O ambiente terapêutico, o grupo e a equipe num CAPSi. **Vínculo**, São Paulo , v. 1, n. 1, p. 52-57,dez. 2004 . Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-24902004000100009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902004000100009&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 27-03-2016.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública** 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>. Acesso em: 27-03-2016.

VASCONCELLOS, Vinicius Carvalho de. **A dinâmica do trabalho em Saúde Mental: limites e possibilidades na contemporaneidade e no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Dissertação (mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://arca.icict.fiocruz.br/bitstream/icict/5440/2/997.pdf>. Acesso em: 27-03-2016.

WACHS, F.; JARDIM, C.; PAULON, S. M.; RESENDE, V. Processos de subjetivação e territórios de vida: o trabalho de transição do hospital psiquiátrico para serviços residenciais terapêuticos. **Physis** [online], v. 20, n.3, pp. 895-912, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n3/v20n3a11.pdf>. Acesso em: 27-03-2016.

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. 192 p.

**ANEXO : TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E  
ESCLARECIDO**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF  
36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado a participar como voluntário da pesquisa “**Condições de Vida e Trabalho: Representações Sociais das Equipes de Enfermagem que Atuam nos Centros de Atenção Psicossocial de Juiz de Fora**”. Neste estudo pretende-se caracterizar o ambiente de trabalho da equipe de enfermagem dos CAPS em um município da zona da mata mineira e analisar as representações sociais da equipe de enfermagem do CAPS sobre a influência do trabalho nas suas relações interpessoais cotidianas e de trabalho. Sua participação é livre e voluntária e para tanto você deverá responder a algumas perguntas que constam de uma entrevista semiestruturada, a ser realizada em local, data e horário previamente agendado. Você poderá deixar de participar do estudo no momento que desejar e fazer todas as perguntas que julgar necessárias. De acordo com as normas éticas da pesquisa, será respeitado o sigilo absoluto quanto à sua identidade e informações fornecidas, além da utilização dos resultados para fins exclusivamente científicos. Portanto, a entrevista terá um código, seu nome não será usado, conhecido ou citado. Também as informações têm caráter confidencial e somente a pesquisadora terá acesso às mesmas. Você deve estar ciente que não terá nenhum custo financeiro, não receberá nenhuma forma de pagamento pela sua participação. A presente investigação envolve **riscos mínimos** para sua operacionalização. Estes riscos são considerados equivalentes aos riscos existentes no desempenho de atividades rotineiras. Os pesquisadores se comprometem a minimizar tais riscos utilizando técnicas comunicacionais e relacionais; anonimato dos participantes e ressarcimento de danos caso eles sejam comprovados como sendo decorrentes da presente investigação. O registro de seu depoimento será feito utilizando-se o gravador MP4, sendo permitida a audição do mesmo ao final da entrevista. A seguir, procederei à transcrição da entrevista e as gravações ficarão guardadas em meu poder, durante cinco anos, após os quais, serão destruídas. Este documento elaborado em 2 (duas) vias, uma ficará com você e a outra constará dos arquivos da pesquisadora responsável.

Eu \_\_\_\_\_ portador (a) do documento de Identidade: \_\_\_\_\_ fui informado(a) do objetivo da pesquisa de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

---

Assinatura do Participante

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar: **CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano-UFJF**. Campus Universitário da UFJF- Pró-Reitoria de Pesquisa CEP: 36036-900 Fone: (32)2102-3788 /E-mail: [cep.propesq@ufjf.edu.br](mailto:cep.propesq@ufjf.edu.br)

**APÊNDICE: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

**Projeto: CONDIÇÕES DE VIDA E TRABALHO: REPRESENTAÇÕES  
SOCIAIS DAS EQUIPES DE ENFERMAGEM QUE ATUAM NOS CENTROS  
DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE JUIZ DE FORA**

DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS	
Carac teriza ção partici pante s	Data nascimento: / /      Data coleta dados      Código participante:
	Gênero: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino      Cor da pele declarada: <input type="checkbox"/> branca <input type="checkbox"/> negra <input type="checkbox"/> parda <input type="checkbox"/> outros especificar:
	Estado civil: <input type="checkbox"/> solteiro(a) <input type="checkbox"/> casado(a) <input type="checkbox"/> separado(a) <input type="checkbox"/> viúvo(a) <input type="checkbox"/> com companheiro(a) <input type="checkbox"/> união estável
	Tem filhos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não      Quantos: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Especificar:
	Orientação religiosa: <input type="checkbox"/> Católico(a) <input type="checkbox"/> Evangélico(a) <input type="checkbox"/> Espírita <input type="checkbox"/> Umbanda /Candomblé <input type="checkbox"/> Especificar:
	Renda familiar: R\$
<b>História/perfil de profissional</b>	
Escolaridade: <input type="checkbox"/> Ensino médio <input type="checkbox"/> Graduação <input type="checkbox"/> Especialista Especificar _____ <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado <input type="checkbox"/> Outros Especificar _____	
Anos de formação :	Anos de atuação profissional:
Possui mais de um vínculo empregatício? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<b>Questões norteadoras</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Quando e por que veio trabalhar no CAPS?</li> <li>•Fale como é sua jornada de trabalho/ função.</li> <li>•Como é o trabalho em equipe?</li> </ul>	
<b>Informações adicionais</b>	