



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

ELIZA PIAZZETTA CARNIATO

SOFRIMENTO MENTAL NOS TRABALHADORES DA SAÚDE MENTAL: UM
OLHAR DA GESTÃO

CAMPINAS

2023

ELIZA PIAZZETTA CARNIATO

SOFRIMENTO MENTAL NOS TRABALHADORES DA SAÚDE MENTAL: UM
OLHAR DA GESTÃO

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde, na área de Política, Gestão e Planejamento.

ORIENTADOR: PROF. DR. SERGIO ROBERTO DE LUCCA

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA
ALUNA ELIZA PIAZZETTA CARNIATO E ORIENTADA
PELO PROF. DR. SERGIO ROBERTO DE LUCCA.

CAMPINAS

2023

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

C217s Carniato, Eliza Piazzetta, 1990-
Sofrimento mental nos trabalhadores da saúde mental : um olhar da gestão / Eliza Piazzetta Carniato. – Campinas, SP : [s.n.], 2023.

Orientador: Sergio Roberto de Lucca.
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde mental. 2. Saúde ocupacional. 3. Organização e administração. I. Lucca, Sergio Roberto de, 1957-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações Complementares

Titulo em outro idioma: Mental distress in mental health workers : a management perspective

Palavras-chave em inglês:

Mental health

Occupational health

Management and organization

Área de concentração: Política, Gestão e Planejamento

Titulação: Mestra em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

Banca examinadora:

Sergio Roberto de Lucca [Orientador]

Bruno Ferrari Emerich

Guilherme Arantes Mello

Data de defesa: 07-11-2023

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0001-5440-8739>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/8844651817325736>

COMISSÃO EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO/DOCTORADO

ELIZA PIAZZETTA CARNIATO – COMO CONSTA NA ATA DE DEFESA

ORIENTADOR: PROF. DR. SERGIO ROBERTO DE LUCCA

MEMBROS TITULARES:

1. PROF. DR. SERGIO ROBERTO DE LUCCA

2. PROF. DR. BRUNO FERRARI EMERICH

3. PROF. DR. GUILHERME ARANTES MELLO

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da FCM.

Data de Defesa: 07/11/2023

Dedicatória

A todos os trabalhadores do SUS,
especialmente aos que atuam na saúde mental.

Trabalha(dor)

O dia tem vinte e quatro horas.
José dorme, geralmente, oito.
E trabalha doze – contando o horário
De almoço e transporte.

Restam-lhe quatro horas de vida,
Que ele gasta, na maioria das vezes,
Assistindo tevê.

- Chegue mais perto, José:
É isso que o senhor chama de vida?

Poesias que escrevi com fome (André D'Soares)

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Sérgio Roberto de Lucca pela orientação, paciência e por ter acreditado neste trabalho desde o início. Também agradeço por ter me oportunizado a participação no laboratório ester, que me permitiu o contato com outros pesquisadores do campo e o ingresso em outras pesquisas.

Aos docentes participantes titulares e suplentes de minha banca de qualificação e defesa: Profa. Dra. Sabrina Helena Ferigato, Prof. Dr. Bruno Ferrari Emerich, Prof. Dr. Valmir de Azevedo, Prof. Dr. Bruno Chapadeiro Ribeiro e Prof. Dr. Guilherme Arantes Mello, pelo aceite do convite, pelas contribuições e sugestões para este trabalho.

Aos docentes e trabalhadores do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Unicamp, por compartilharem seus conhecimentos e auxiliarem ao longo destes dois anos.

Aos amigos do mestrado, em especial a Flávia, Gustavo, Patrícia, Guilherme e Juliana, com quem dividi as angústias, tive trocas enriquecedoras e apoio ao longo deste mestrado. A Francielle, que conheci na vida profissional (e por acaso no mestrado), que me auxiliou incontáveis vezes com questões burocráticas acadêmicas.

Aos gestores e trabalhadores dos serviços de saúde mental de Campinas, com quem tive o prazer de trabalhar e que colaboraram neste trabalho.

Aos meus pais, Maria Helena e Ermelino, e ao meu esposo, Rodolfo, que sempre acreditaram em mim, apoiaram e me incentivaram profissionalmente. Sem eles, nada teria sido possível.

RESUMO

Ao longo da história, o trabalho passou por mudanças notáveis, impactando diretamente a saúde e o bem-estar dos trabalhadores. Neste contexto ocupacional, sabe-se que a gestão desempenha um papel importante na promoção da saúde mental dos trabalhadores. Na área da saúde, o gestor lida com aspectos técnicos e administrativos, enfrentando desafios ligados ao processo de saúde e doença. O presente trabalho tem como objetivo analisar a percepção dos gestores de equipes de saúde mental de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em um município de São Paulo, sobre o sofrimento mental dos trabalhadores dessas equipes, contextualizando o ambiente de trabalho. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 9 gestores dos Centros de Atenção Psicossocial III e Álcool e Drogas. A primeira etapa envolveu entrevistas individuais gravadas, abordando o processo de trabalho em saúde mental e as relações com a equipe, com foco na percepção da gestão sobre o adoecimento psíquico dos profissionais. A segunda etapa consistiu em análise das entrevistas e organização em grupos temáticos. Foram identificadas oito categorias de análise, abrangendo competências de gestão, conflitos gestor-equipe, sinais de sofrimento mental, fatores psicossociais relacionados ao trabalho, processos de trabalho, gestão do coletivo e do individual, dificuldades da administração. Ao longo das análises, foi discutido as características necessárias para o gestor, sua atuação em situações de conflitos interpessoais, percepção de sofrimento entre trabalhadores, estratégias de cuidado e ação com a equipe. Os resultados das entrevistas evidenciam as dificuldades enfrentadas pela gestão e as estratégias por ela adotadas. Há uma convergência de visões sobre o papel do gestor, que abarca a escuta atenta dos trabalhadores, a análise crítica dos processos de trabalho, a manutenção de espaços de diálogo coletivo e a mudança no processo de trabalho, diante de sinais de sofrimento na equipe. Os gestores entrevistados têm formação como trabalhadores da rede, indicando um comprometimento com os princípios da reforma psiquiátrica, e também refletindo em uma gestão mais participativa. Por fim, esta pesquisa contribui para a compreensão do sofrimento mental enfrentado pelos profissionais de saúde mental e do papel desempenhado pela gestão, na promoção da saúde e no enfrentamento dos desafios vivenciados por esses profissionais. Ademais, foram elaborados dois produtos técnicos com o conteúdo das entrevistas.

Palavras chaves: saúde mental; saúde ocupacional; saúde do trabalhador; gestão

ABSTRACT

Throughout history, work has undergone changes, that impacted the health and well-being of workers. In occupational context, it is known that management plays an important role in promoting workers' mental health. In the health area, the manager deals with technical and administrative aspects, facing challenges linked to the health and disease process. The present work aims to analyze the perception of managers of mental health teams at Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), in a city of São Paulo, about the mental suffering of workers in these teams, contextualizing the work environment. Semi-structured interviews were carried out with 9 managers from the CAPS III and Alcohol and Drugs. The first stage involved recorded individual interviews, approaching the mental health work process and relationships with the team, focusing on management's perception of professionals' mental illness. The second stage consisted of analyzing the interviews and organizing them into thematic groups. Eight categories of analysis were identified: covering management skills, manager-team conflicts, signs of mental suffering, psychosocial factors related to work, work processes, collective and individual management, administration difficulties. Throughout the analyses, the characteristics necessary for the manager were discussed, their performance in situations of interpersonal conflicts, perception of suffering among workers, care strategies and action with the team. The results of the interviews highlight the difficulties faced by management and the strategies adopted by them. There is a convergence of views on the role of the manager, which encompasses attentive listening to workers, critical analysis of work processes, maintaining spaces for collective dialogue and changing the work process, in the face of signs of suffering in the team. The managers interviewed have training as network workers, indicating a commitment to the principles of psychiatric reform, and also reflecting a more participatory management. Finally, this research contributes to the understanding of the mental suffering faced by mental health professionals and the role played by management in promoting health and facing the challenges experienced by these professionals. Furthermore, two technical products were created with the content of the interviews.

Keywords: mental health; occupational health; worker health; management.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Resumo das Categorias Temáticas Analisadas.....	37
--	----

SUMÁRIO

1. LUGAR DE FALA	13
2. REFERENCIAL TEÓRICO	15
3. INTRODUÇÃO.....	16
3.1. Sobre o trabalho.....	16
3.2. Adoecimento mental e trabalho.....	18
3.3. Pandemia e trabalho	22
3.4. Trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).....	23
3.5. Gestão em saúde	26
4. JUSTIFICATIVA.....	30
5. OBJETIVOS.....	31
5.1. Objetivos gerais	31
5.2. Objetivos específicos	31
6. METODOLOGIA	32
6.1. Local de estudo.....	32
6.2. Tipo de pesquisa.....	32
7. RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
7.1. Competências da gestão.....	38
7.2. Conflitos entre gestor e equipe de saúde mental	41
7.3. Sinais de sofrimento mental	47
7.4. Fatores psicossociais relacionados ao trabalho	50
7.4.1. Pandemia	50
7.4.2. Relações Interpessoais	51
7.4.3. Conteúdo do trabalho	53
7.4.4. Interface trabalho e casa	54
7.5. Alternativas de cuidado	56
7.6. Processos de trabalho.....	58
7.7. Gestão do coletivo e gestão individual	60
7.8. Dificuldades da administração	63
7.8.1. Insumos	63
7.8.2. Trabalhadores	65

7.8.3. Institucional.....	66
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
10. APÊNDICES	82
10.1. Apêndice I: Modelo de entrevista.....	82
10.2. Apêndice II: Termo de consentimento livre e esclarecido.....	83
10.3. Apêndice III: Termo de consentimento livre e esclarecido II.....	87
11. PRODUTOS TÉCNICOS	91
11.1. Relatório técnico conclusivo.....	91
11.2. Palestra ou conferência	97
11.3. Produto de editoração.....	98
ANEXOS	104

1. LUGAR DE FALA

Como diz Djamila Ribeiro (1), pensar em lugar de fala é fundamental para refletirmos sobre as hierarquias, desigualdades, questões sociais e preconceitos. Portanto, início minha apresentação contando sobre minha trajetória. Nasci em Campinas e vivi nesta cidade até o período de prestar vestibular. Cursei medicina na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), um curso recém formado. Havia uma proposta de currículo por competências, com uma visão biopsicossocial do indivíduo, integrado desde o primeiro ano com a prática, e com uma abordagem educacional de metodologia construtivista baseada no *Problem Based Learning* (2). Por ser um curso em formação, havia muitas incertezas quanto ao cenário político e a viabilidade da universidade em manter as turmas futuras, o que causou inseguranças, medo e reflexões quanto a me manter na graduação. Hoje, vejo a sorte que tive de ter passado nesta faculdade e permanecido nela, apesar das adversidades. Fazer medicina na UFSCar foi importante para meu processo de amadurecimento e formação como médica, me ensinou a ser resiliente e questionar constantemente minha postura profissional (e minhas fontes!). A escolha pela Psiquiatria foi, para mim, o único caminho possível para exercer a medicina que estava aprendendo, e que me atravessava em outros cenários da minha vida.

Na residência médica na Universidade Estadual Paulista (Unesp), desconhecia o programa, os docentes (no caso as docentes!), e me permiti vivenciar a experiência sem pré-julgamentos. Fui novamente feliz por ter a oportunidade de conhecer pessoas que me motivaram a olhar minha especialidade de forma crítica, revisitar a história e pensar a especialidade para além de manuais. Após o término da minha especialização, comecei minha carreira no SUS e retornei à minha cidade natal. Em Campinas conheci um território que até então nunca havia tido contato: o distrito Noroeste (mais especificamente no CAPS AD Antônio Orlando). Ao longo dos meus anos de trabalhadora do SUS, também tive a oportunidade de conhecer serviços de diferentes complexidades, como hospitais psiquiátricos e ambulatórios, bem como de conviver com várias categorias profissionais, modelos de gestão e trabalhadores em sofrimento psíquico. Portanto, chegar à pós-graduação do mestrado profissional da Saúde Coletiva só complementa toda uma trajetória profissional em (des)construção

permanente. Não posso dizer que tudo que vivi foi planejado, mas acredito que o acaso me auxiliou e direcionou para onde deveria estar realmente. E como escreveu Guimarães Rosa: “Esta vida está cheia de ocultos caminhos. Se o senhor souber, sabe; não sabendo, não me entenderá”.

2.REFERENCIAL TEÓRICO

Esta pesquisa tem como objeto de estudo o *trabalho*, com ênfase na saúde mental do trabalhador e em gestão. Apesar de ser algo presente na vida da maioria dos indivíduos, escrever sobre seu conceito e sua construção histórica não é uma tarefa simples. Para melhor entender o adoecimento dos trabalhadores e os aspectos inerentes aos seus processos, é importante compreender as interfaces e aproximações entre as diferentes áreas de estudo, como a sociologia, psicologia social, psiquiatria e psicanálise.

Apesar do trabalho atravessar aspectos da cultura, da história e da organização de uma sociedade, ele embrenha-se na construção psíquica dos coletivos e na formação psíquica individual, sendo indissociável sua relação do mundo psíquico e o social. O sofrimento do trabalhador deve ser analisado sob a perspectiva também social, considerando relações de poder e dominação, práticas de resistência, modelo econômico, fatores que influenciam os modos operatórios do trabalho. Assim, faz-se necessário pensar em abordagens que fogem ao modelo higienista de culpabilização do indivíduo, e que contribuam para uma análise dos diferentes aspectos relacionados ao trabalho, além do trabalhador (3,4).

Em relação à compreensão do adoecimento mental e trabalho, foi utilizado como referência alguns dos principais autores das Clínicas do Trabalho: da *psicopatologia do trabalho*, Paul Sivadon e Louis le Guillant; e da *psicodinâmica do trabalho*, o autor Christophe Dejours. Também foi utilizado como referência a *teoria do desgaste mental* desenvolvido pela professora brasileira Edith Selligmann-Silva. Quanto aos processos de adoecimento da Instituição e Gestão, foram consultadas algumas referências na *psicologia de grupo e institucional*, com ênfase na psicanálise, como René Kaës e José Bleger, e na saúde coletiva com Gastão Wagner de Sousa Campos e colaboradores.

3. INTRODUÇÃO

3.1. Sobre o trabalho

O atual conceito de trabalho é uma construção histórica, influenciada por uma lógica e mundialização do capital. Na Antiguidade, o trabalho era uma atividade considerada indigna e reservada a maioria dos indivíduos - “trabalhar era sujeitar-se à necessidade” (5). A produção material passou a ser orientada por uma racionalidade econômica com o advento da industrialização.

Segundo Marx, o trabalho foi fundamental para o homem na constituição de sua identidade, pois é a partir do trabalho que se produz um valor de uso para atender suas necessidades. Assim, o conceito contemporâneo de trabalho pode ser definido como uma atividade que transforma o ser humano, seu ambiente e sociedade. O trabalho, através da produção da vida material e das relações pessoais, conduz à objetificação, à realização da subjetividade humana e à formação de um sujeito social:

Todo trabalho é, por um lado, dispêndio da força humana de trabalho em sentido fisiológico, e graças a essa sua propriedade de trabalho humano igual ou abstrato ele gera o valor das mercadorias. Por outro lado, todo trabalho é dispêndio de força humana de trabalho numa forma específica, determinada à realização de um fim e, nessa qualidade de trabalho concreto e útil, ele produz valores de uso. (6)

A expansão de novas formas de produção, técnicas de gestão e flexibilização do trabalho, influencia diretamente a saúde dos trabalhadores. A lógica neoliberal associada à reestruturação de acúmulo do capital favoreceu a precarização e a intensificação do trabalho que, juntamente com a recente desregulamentação das leis trabalhistas e de proteção previdenciária, trouxeram impactos significativos à classe trabalhadora (7). Em relação ao contexto brasileiro, houveram algumas mudanças que, sob alguns aspectos, trouxeram prejuízos aos trabalhadores. A

implementação de novas tecnologias que facilitaram a expansão do trabalho na modalidade on-line, mas que ao mesmo tempo favoreceram o aumento da “disponibilidade” dos trabalhadores para jornadas intermináveis. Outra questão relevante é a modalidade de teletrabalho que envolve o uso de recursos próprios e sem direitos assegurados, bem como sobrecarga na conciliação com tarefas domésticas (8).

Comumente, a concepção de saúde mental no trabalho tende a centralizar a responsabilidade no indivíduo, ao invés da organização. Para entender o contexto desta afirmação, é necessário retomar a evolução do processo de trabalho ao longo da história. Foi Frederick Taylor quem desenvolveu a ideia de que os trabalhadores deveriam ser controlados de forma rígida em seus movimentos e tempo gasto, monitorados por gestores de linha de produção que elaboram o projeto para execução por trabalhadores manuais. Com Henry Ford, a introdução da linha de montagem fez com que a velocidade da esteira imprimisse o ritmo e o aumento da produtividade, ampliando e disseminando a lógica baseada no taylorismo-fordista.

Já no início da década de 70, o modelo capitalista taylorista-fordista de produção e acumulação entrou em crise. Para potencializar os lucros e atender à emergência do neoliberalismo, os processos produtivos sofreram mudanças. Além da reestruturação produtiva, modificaram-se os processos e os modos de gestão do trabalho: o novo modelo de produção, denominado Toyotista, passou a se apropriar da flexibilização de funções, da terceirização de mão de obra, da deslocalização produtiva em células de produção, e do envolvimento participativo do trabalhador. A captura da subjetividade dos trabalhadores no Toyotismo ocorre por meio da cooptação e suposta valorização do trabalhador na condição de “colaborador”, focando em competências e desempenhos individuais, na qualidade do produto e no aumento da produtividade dos colaboradores.

Neste cenário, a onda neoliberal influenciou as políticas econômicas a favor dos detentores do capital e, ao mesmo tempo, do enfraquecimento do Estado, das políticas sociais e da organização dos trabalhadores. Estas transformações tiveram consequências importantes como fragilização dos sindicatos de trabalhadores, redução e fragmentação dos direitos trabalhistas e previdenciários, bem como o incentivo à competição e performance individual do trabalhador no desempenho do seu trabalho, introjetando a responsabilidade pelo seu adoecimento psíquico (9).

3.2. Adoecimento mental e trabalho

Diante dessas inter-relações do trabalho com diferentes aspectos da vida do indivíduo, pode-se afirmar que o trabalho também desempenha um papel importante do ponto de vista da saúde. Estudos compatíveis com a relação entre adoecimento e trabalho remontam desde o século XVIII. Os primeiros relatos de adoecimento em mais de 50 tipos de ocupações foram publicados no ano de 1700 pelo médico italiano Bernardino Ramazzini, considerado o “pai da medicina do trabalho”, na obra intitulada “*De Morbis Artificum Diatriba*”. No entanto, a definição do que é doença relacionada ao trabalho e seus agravos está associada ao contexto histórico e social de cada período (10).

Considerando o campo da saúde mental, compreende-se que o trabalho pode tanto fortalecer a saúde como também gerar sofrimento, manifestados por distúrbios de âmbito individual e/ou coletivo. A capacidade de realização no trabalho e a percepção de reconhecimento nas relações sociais/organização são significativas na dinâmica da identidade do indivíduo, bem como resultam em prazer e satisfação (ou, quando isto não ocorre, sofrimento psíquico). Assim, é importante que a organização garanta a possibilidade de desenvolvimento de atividades de trabalho que façam sentido ao indivíduo, para que este consiga desenvolver e adequar conforme suas habilidades, sentir-se desafiado sem ter que realizar algo sem utilidade (11). A avaliação de aspectos promotores de saúde ou adoecedores vinculados aos meios de produção são fundamentais para a compreensão da dinâmica do adoecimento e sua influência nos fenômenos psíquicos (12).

As organizações internacionais de saúde e trabalho reconhecem as evidências entre condições de trabalho estressantes e transtornos mentais e comportamentais, doenças e sintomas psicossomáticas nos trabalhadores (13). A concepção dos fatores de riscos psicossociais no trabalho (FRPT) apresenta-se como uma proposta desafiadora, visto que envolve as percepções e experiências singulares dos trabalhadores, bem como as condições ambientais do local do trabalho e da organização. Em sua definição, os FRPT correspondem: às interações entre ambiente de trabalho, condições organizacionais, características da função exercida, competências e necessidades dos trabalhadores, cultura e aspectos extra laborais. Estes fatores, por meio de percepções e vivências, podem influenciar na saúde, no

grau de satisfação e desempenho do profissional (14). De maneira mais simplificada, os riscos psicossociais referem-se aos aspectos da concepção do processo de trabalho e dos modos de gestão do trabalho, em seus contextos sociais e organizacionais que têm o potencial para causar danos psicológicos e físicos. Como é observado, apesar do consenso na literatura a respeito dos riscos psicossociais, novas dinâmicas de trabalho e contextos socioambientais, como por exemplo o que se vivenciou com a pandemia do novo coronavírus, podem dar origem a novos riscos ainda não documentados (15).

Quando um trabalhador é submetido a novas formas de trabalho e determinados fatores de risco psicossocial no ambiente de trabalho e tem dificuldade de adaptar-se ou lidar com esta nova configuração, ele está suscetível a desenvolver estresse ocupacional. Embora diversas situações laborais possam produzir estresse ocupacional, frequentemente sua acentuação ocorre quando o trabalhador é exigido, para além dos seus recursos, e não recebe o devido apoio de colegas/supervisores, e tem pouco controle e autonomia em sua função (16). E se a exposição torna-se contínua, e os recursos individuais de adaptação e resiliência são exauridos, o trabalhador pode apresentar queixas psicossomáticas, sintomas psiquiátricos e prejuízos na sua qualidade de vida (12,13). Os sofrimentos ocasionados pelo trabalho podem, na maior parte das vezes, serem invisíveis na sua gênese. Existem diversas razões para que isto ocorra, e a falta de consciência da situação em si é uma delas. Louis le Guillant (17) refere que é sabido que algumas condições do trabalho estão relacionadas ao seu processo de adoecimento – duração, intensidade, remuneração, segurança, expectativa de um progresso – assim como as condições particulares e sobrecargas específicas também são questões importantes que suscitam problemas:

A fadiga do trabalhador acaba por impregnar toda a sua existência. Sua atitude em relação aos problemas do trabalho e da ordem social, suas dificuldades pessoais, tanto materiais quanto morais, situam-se neste âmbito. A distância que tem que percorrer para chegar à fábrica ou ao escritório, suas condições de moradia, assim como as relações com mulher, filhos e amigos, o que come e bebe, assim como seu lazer, além de suas atividades sindicais e políticas... Tudo isso acaba influenciando, às vezes, de forma decisiva, em sua adaptação aos esforços que lhe são exigidos. (17)

Os FPRT estão diretamente associados a maior ocorrência de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT). Os TMRT, resultantes das condições ambientais e sobrecarga decorrentes dos processos de trabalho da organização, podem resultar diversos agravos aos trabalhadores: intoxicações por agentes químicos que levam a alterações neurocomportamentais, desgaste devido elevadas demandas psicológicas no trabalho, situações de abuso de poder por parte das estruturas hierárquicas organizacionais, vivências traumáticas no trabalho e situações de violência e de assédio. Embora seja complexa a relação entre transtorno mental e trabalho, devido à multiplicidade de fatores psicossociais envolvidos (da necessidade do reconhecimento do trabalhador, do conhecimento do profissional de saúde sobre a atividade desempenhada), é fundamental o estabelecimento do nexos para que ocorra a prevenção desta condição e vigilância dos agravos (18,19).

O cuidado com a saúde mental do trabalhador exige uma política abrangente de saúde no trabalho, que deveria incluir uma avaliação dos FPRT desencadeadores de estresse ocupacional e a eliminação ou mitigação por parte da organização, uma vez que o ambiente de trabalho está diretamente relacionado aos impactos na saúde e bem-estar dos trabalhadores. Os transtornos mentais estão entre as principais causas de incapacidade ao trabalhador e trazem consequências não somente ao indivíduo, mas também à instituição. A literatura aponta como resultado do adoecimento psíquico dos trabalhadores: absenteísmo; presenteísmo; prejuízo na performance do trabalho; mudanças de comportamento do indivíduo; e problemas no relacionamento interpessoal. Assim, mudanças na natureza do trabalho e na sua organização apresentam-se como um desafio para a saúde e segurança dos trabalhadores (20,21).

A saúde mental não é apenas uma parte importante da saúde dos seres humanos, mas é também um direito básico. Conforme dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 2019 aproximadamente 1 bilhão de pessoas viviam com algum transtorno mental. Também segundo esta organização, o Brasil é um dos países com mais alta prevalência em comparação com outros países da América, apresentando taxas de depressão de 5,8% e de ansiedade de 9,3%. Sabe-se que os transtornos mentais e comportamentais são a principal causa de incapacidade na população e que fatores como desigualdade social, emergências de saúde pública, disparidade econômica contribuem para a desestruturação da saúde mental das

peças. Portanto, uma abordagem ampla é necessária para os cuidados em saúde mental, visto que as pessoas que padecem de algum transtorno mental procuram serviços de assistência e de apoio que vão além de um tratamento clínico (21,22). Segundo dados do IBGE de 2019 (23), a população economicamente ativa é de cerca de 102 milhões de trabalhadores no mercado de trabalho, e quase metade desta população encontra-se em trabalho informal. É um dado alarmante que também reflete a importância do Sistema Único de Saúde (SUS), em que a maioria das pessoas é dependente exclusivo da rede assistencial pública, da atenção primária a rede de atenção psicossocial.

No Brasil, as repercussões sobre doenças mentais do trabalho e suas manifestações clínicas estão reunidas no grupo F da Classificação Internacional de Doenças (CID 10), e foram reconhecidas em 1999 pelo Ministério da Saúde pela Portaria nº 1.339/GM, a partir de critérios epidemiológicos que foram desdobradas em duas listas (A e B): a lista A traz os agentes de riscos e as doenças e a lista B apresenta as doenças e os fatores de riscos. Na esfera previdenciária, o Nexo Técnico Previdenciário também utiliza as mesmas listas do Ministério da Saúde. Segundo dados da Previdência Social, os transtornos mentais e comportamentais têm sido uma das principais causas de concessão de benefício por auxílio doença previdenciária e acidentária, bem como afastamento de atividades laborais no país, o que demonstra a gravidade da situação (24,25). Devido ao impacto social e econômico, a perda da capacidade de trabalhar da população economicamente ativa por adoecimento mental é um importante problema de saúde pública. Conforme dados do Sistema de Informações de Agravos de Notificações (SINAN), no período de 2007 a 2020 foram notificados 12.969 casos de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT). De acordo com dados da Previdência Social, aproximadamente 10% (2.042.814) dos trabalhadores registrados e segurados pelo Instituto Nacional de Seguro Social sofreram afastamentos relacionados a transtornos mentais no período de 2012 a 2021 (26).

3.3. Pandemia e trabalho

Em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan na China, foram detectados os primeiros casos de pneumonia atípica ocasionadas pelo novo coronavírus, conhecido por coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2). A doença causada por este coronavírus, a COVID-19, apresentou um espectro clínico diverso, com variações de quadros assintomáticos a graves que acometem principalmente o sistema respiratório. Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou o surto como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, e em março do mesmo ano foi caracterizado como uma pandemia (27).

Assim, a suspensão das atividades consideradas não-essenciais foi a estratégia inicial adotada com intuito de conter a disseminação do vírus, bem como o isolamento social através de medidas de quarentena domiciliar. A crise sanitária evidenciou outras crises já existentes, uma vez que afetou diretamente a economia e a classe trabalhadora, que já vivenciava uma subtração de seus direitos e flexibilização das leis trabalhistas. Boaventura Santos (28) questiona a autenticidade das instituições em períodos de crise ou de normalidade. Entende-se que a pandemia do coronavírus agravou uma crise já estabelecida por um modelo econômico vigente. Assim, essa crise em conjunto com a pandemia repercutiram de forma negativa para os indivíduos que dependem do seu trabalho para sobreviver – além do crescente número de trabalhadores precarizados e mão-de-obra terceirizada que irromperam neste período (29).

Para alguns coletivos sociais, como mulheres, trabalhadores informais, autônomos, desempregados e desabrigados, a quarentena acabou sendo mais difícil e discriminatória do que para outros grupos. Jornada dupla, violência doméstica, perda da renda, ausência de moradia digna e possibilidade de realizar medidas de higiene foram algumas das tribulações enfrentadas por estas pessoas, bem como uma das angústias vivenciadas pelos trabalhadores e trabalhadoras em saúde e em saúde mental (29,30).

Considerando que a transmissão do coronavírus ocorre através de contato direto com pessoas contaminadas, um dos maiores riscos de contaminação envolveu os trabalhadores de serviços essenciais e, particularmente, o grupo de profissionais

da área de saúde. Serviços de saúde, tanto de urgência como ambulatoriais, precisaram se adaptar à rotina de identificação de casos e triagem, com atualização constante sobre os sintomas e sinais da COVID-19. Da mesma forma, foram necessárias mudanças no ambiente de trabalho, desde a implementação de equipamentos de proteção individual a mudanças no estilo de realizar os atendimentos (31,32).

Diante da conjuntura de insegurança e medo, de contaminação própria e dos que estão próximos (33), o papel dos profissionais de saúde mental tem se tornado crucial no fornecimento de apoio e cuidados psicológicos às pessoas que não apresentam recursos psíquicos para lidar com a situação em curso, bem como para amenizar o sofrimento mental provocados pelo isolamento social e promover qualidade de vida. Ainda em relação a saúde mental, o Comitê Permanente entre Agências (IASC) elaborou um documento com diretrizes e recomendações em resposta à pandemia. As intervenções propostas consideram um espectro de necessidades psicossociais, que vão desde a interferência em questões socioculturais em serviços básicos a serviços especializados, respeitando os direitos do indivíduo assistido (34).

3.4. Trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

No Brasil, o atendimento em saúde mental na rede pública é feito principalmente na modalidade comunitária através da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS tem a finalidade de articular com a atenção básica e todos os pontos de atenção à saúde de pessoas com sofrimento emocional e transtornos mentais. A RAPS é constituída de pelos serviços de Unidades Básicas de Saúde, Centros de Convivência e Cultura, Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), Consultório de Rua, serviços de pronto atendimento e urgência, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), Unidades de Acolhimentos (UAs), leitos em hospitais gerais e ambulatórios multiprofissionais.

Em 2002, a Portaria do Ministério da Saúde nº 336 oficializou o CAPS como modelo de atenção em saúde mental e definiu suas modalidades (CAPS I, CAPS II,

CAPS III, CAPS AD e CAPSij), sendo um serviço integrado ao SUS, em substituição a proposta de internação em hospital psiquiátrico. As modalidades dos serviços são estabelecidas a partir do número de moradores do município e diferem entre o horário de assistência, equipe, e perfil de usuários atendidos (35). A criação dos CAPS teve como objetivo implementar um novo modelo de atenção em saúde mental, fora da esfera hospitalar e ambulatorial da rede pública, com objetivo de oferecer cuidado, assistência, proposta de reinserção e reabilitação psicossocial articulados, a partir de um projeto terapêutico singular. É um serviço que está alinhado com os princípios do SUS, de acesso universal, e está inserido em uma rede de cuidados para pessoas com transtornos mentais, através de uma perspectiva integral, e sob os cuidados de uma equipe multiprofissional (36). Esta equipe é responsável por oferecer atendimento em caráter individual, em grupo ou no território. Diante destas características, o trabalho nos CAPS tem suas particularidades, pois atua diretamente com a subjetividade humana, faz uso de diferentes dispositivos terapêuticos e demanda relações interpessoais intensas, o que torna o cotidiano desafiador (37,38). Importante ressaltar que o trabalho nos CAPS não é algo que possa ser generalizado. Apesar de seguir as normas de uma política pública, as experiências clínicas vivenciadas neste serviço são únicas e contribuem para a construção da identidade de cada CAPS. Entendendo que o trabalho na saúde mental põe em questionamento o sujeito em particular, e não sua doença, os recursos terapêuticos e instrumentos utilizados para o cuidado são diversos e singulares e possibilitam diferentes caminhos de atuação dos trabalhadores de cada instituição (39,40).

No contexto de pandemia, foram orientadas medidas de prevenção para serviços especializados, bem como novas estratégias para os atendimentos, tais como: educação continuada sobre o contágio para grupos de vulnerabilidade psicossocial; capacitação continuada da equipe; uso de tecnologias de informação e comunicação; redefinição de critérios de atenção em crise e identificação precoce dos casos de sofrimento psicossocial; atendimento online ou presencial respeitando normas de segurança; aplicação dos Primeiros Cuidados Psicológicos ofertados por todos os profissionais; e monitoramento dos casos à distância (41). O recurso de atendimento em telemedicina também foi uma das mudanças extraordinárias, contemplando o atendimento médico e suporte assistencial em modalidade de

consulta virtual (42). Sendo assim, ocorreram mudanças significativas na forma de promover saúde nestes espaços e na utilização de novos recursos pelas equipes.

Além da adaptação a esta nova dinâmica, há o testemunho de um nível crescente de demandas por atendimento (43), que contribui como fator de adoecimento para estes trabalhadores. O adoecimento mental decorrente das consequências da pandemia, ou a “Quarta Onda da COVID-19” como foi chamada por alguns autores (44), impacta diretamente nos trabalhadores de saúde mental que assistem a crescente população em sofrimento psíquico.

Deve-se ressaltar também que esta categoria profissional já vivenciava um clima de preocupação, anterior à pandemia de COVID-19. Durante a gestão do governo Temer, e agravado pelo governo Bolsonaro, foram instituídas algumas medidas que impactaram as políticas de saúde mental e que contribuíram para o processo de desmonte dos avanços alcançados com a reforma psiquiátrica. Dentre as mudanças se destacam: a ampliação do financiamento de hospitais psiquiátricos, o que restaura seu papel central na atenção em saúde mental; reestabelecimento dos hospitais-dia vinculados aos hospitais psiquiátricos; redução do cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); ampliação do financiamento de vagas em Comunidades Terapêuticas; e reformulação do ambulatório de especialidade, sem referência territorial como ocorre na proposta do NASF e do CAPS. Tais medidas reforçam métodos biológicos de tratamento e um cuidado medicalizante baseado na segregação social. Neste contexto, soma-se a pandemia de COVID-19 que além das angústias referentes à reorganização do processo de trabalho fez necessário lidar com a condução inadequada desta crise pelo governo (45,46).

A magnitude da pandemia pode ocasionar perturbações psicossociais em todas as esferas de uma sociedade. Estima-se um aumento na incidência dos transtornos mentais (dentre eles transtorno de estresse pós-traumático, transtornos por uso de substâncias, depressão e ansiedade), e um aumento dos problemas emocionais e sociais, já esperados como reações a esta nova realidade (47).

Como já abordado anteriormente, sabe-se que os trabalhadores de saúde também estão vulneráveis a esgotamento emocional e adoecimento mental. No entanto, há poucos estudos que abordam as possíveis consequências da pandemia de COVID-19 para esta população. Acredita-se que os trabalhadores de saúde mental podem experimentar o contágio *emocional*, ou seja, podem mimetizar expressões e

posturas dos pacientes que atendem, de modo a convergir de forma emocional e expressar as mesmas emoções negativas relatadas por quem está em tratamento. Estes sentimentos podem desencadear nestes profissionais um aumento de estresse e exaustão emocional (48–50).

Outra possibilidade seria a de vivência, por parte destes profissionais, de Estresse Traumático Secundário, ou Fadiga de Compaixão. Trata-se de uma síndrome ocupacional originária do estresse gerado pela exposição a incidentes que outra pessoa experimenta, e que também causa sintomas psíquicos. É uma consequência natural de comportamentos e emoções resultantes do conhecimento de vivência de um evento traumático por alguém próximo – ou de ajudar alguém em sofrimento (48,51,52).

Com as restrições do isolamento social, o uso de recurso de teleatendimento, tornou-se desafiador para os trabalhadores de saúde mental para o acompanhamento dos pacientes. Devido à impossibilidade de atendimentos presenciais, o uso de tecnologias auxilia no contato, mas não substitui a interação face a face, o que pode também prejudicar no exame psíquico. Dessa forma, o profissional pode experimentar sentimentos de angústia e incapacidade (53,54).

Diante do exposto é essencial que sejam tomadas medidas precoces de cuidado para os trabalhadores de saúde mental. Com aumento da demanda que é prevista após o término da pandemia, estes trabalhadores precisam estar saudáveis do ponto de vista mental, para absorver a demanda de mais pacientes.

3.5. Gestão em saúde

Ao falar de adoecimento de trabalhadores, é necessário abordar o tema de gestão. O termo gerenciamento propõe a ideia de arranjo e organização, com o intuito de atentar ao conjunto dos indivíduos que compõem o coletivo e de mobilizá-los para um objetivo comum e em benefício geral. No entanto, o gestor tem internalizado em sua função: a contradição entre capital e trabalho; conflitos entre os interesses da instituição e dos trabalhadores; e da prestação dos serviços aos clientes, no caso da saúde, os usuários. O gestor ou gestora de uma unidade é o representante dos interesses da instituição para a qual trabalha, aderindo às normas e valores

empregados. Por outro lado, em alguns municípios, o gestor está submetido a uma condição salarial semelhante à de seus subordinados, sujeito a pressões e imprevisibilidade de carreira. E é através da conciliação destas diferenças, na figura da gestão, que a instituição consegue se organizar e se fazer funcionar (53).

A finalidade da gestão é organizar da melhor maneira os trabalhadores, os recursos financeiros e materiais com o intuito de garantir a estabilidade da instituição para a qual trabalha. Diante da complexidade de sua função, a gestão pode se dividir em diferentes áreas de atuação e saberes, com a intenção de modelar comportamentos, estabelecer normas e fluxogramas, orientar processos de trabalho e direcionar as equipes. Esta lógica de gestão apresenta um caráter ideológico que, por trás de uma aparente neutralidade técnica, possui um sistema de crenças baseado em um sistema econômico que visa o lucro como produto final. Sendo assim, a gestão também se transforma em uma ferramenta geopolítica (53). No campo da saúde, este modelo de gestão visa aumentar a eficácia e reduzir despesas, através da transferência da autonomia dos profissionais em tomar decisões no seu processo de trabalho. Essa autoridade é concedida ao gestor que, por meio de protocolos e padronização de condutas, supervisiona e define a ação dos trabalhadores. Este modelo contraria a lógica almejada nos serviços de atenção à saúde mental, visto que se deve se olhar com crítica qualquer processo organizacional em saúde que opere na mesma dinâmica público-privado.

Essa doutrina, de origem empreendedorial, visa importar no setor público as ferramentas do setor privado: indicadores de “desempenho”, benchmarking, “responsabilização” dos profissionais, incentivos financeiros em função do desempenho, uso de consultores privados, desdiferenciação entre setor público e privado (notadamente pelo questionamento dos estatutos da função pública), enfim, utilização de agências especializadas apresentadas como puramente técnicas. Além de sua teoria, em que consistem, na prática, essas reformas gerenciais e quais são seus efeitos sociais? (54)

Diante do questionamento acima, deve-se considerar que ocorre uma discrepância entre as expectativas da gestão organizacional. Por um lado, se

concentra esforços nos resultados e custos, na prestação de cuidados aos usuários, e do por outro lado, é exigido do trabalhador que também se desenvolva como cuidador responsável, ético, politicamente ativo e socialmente engajado. Essas características demandam maior envolvimento da subjetividade, enquanto o trabalhador enfrenta precarização de seus direitos e necessidades. Tem-se como exemplo a RAAS (Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde), uma ferramenta utilizada para documentar as atividades realizadas pelas equipes no cotidiano (55). No entanto, em Campinas, a RAAS adota uma abordagem que enfatiza o alcance de metas quantitativas como critério para receber financiamento, abordagem que torna-se prejudicial e opressiva para os profissionais envolvidos (56).

Essa discrepância intensifica as dificuldades no engajamento com práticas humanizadoras e resulta em experiências de sofrimento no ambiente de trabalho. Em outras palavras, são propostas políticas com a intenção de promover o desenvolvimento integral e satisfatório do processo de trabalho e, indiretamente, do cuidado ao trabalhador. Ao mesmo tempo, entretanto, são implementadas práticas de gestão que tornam essas realidades difíceis de serem efetivadas (57).

Compreende-se que as instituições são constituídas por um conjunto de fatores em interação. Como já discutido anteriormente, a gestão pode se aprofundar em diferentes áreas de atuação para abarcar a complexidade das instituições, mas existe um fator específico que necessita de uma atenção maior: o “fator humano”. Na área da administração, a definição de recursos humanos remete à visão do trabalhador como um recurso. Em se tratando da saúde, os recursos humanos englobam tudo a que se refere o trabalhador, que é produtor e produto ao mesmo tempo: processo de trabalho, qualificação profissional, organização do trabalho e relações interpessoais.

Segundo Campos, a gestão de qualidade encontra-se no equilíbrio da autonomia profissional com determinação de certa responsabilidade aos trabalhadores, permitindo que os mesmos tenham liberdade criativa ao mesmo tempo que a instituição não fique desamparada com múltiplos gestores. No entanto, não existe uma fórmula pré determinada deste arranjo. É necessário que cada instituição e cada equipe garantam o cumprimento de determinados parâmetros norteadores: sustentação de um contrato de trabalho que esteja de acordo e que assegure os

objetivos de um programa de saúde; viabilidade técnica e financeira; e, por fim, realização dos trabalhadores de saúde (58,59).

4.JUSTIFICATIVA

Com aumento da demanda de adoecimentos em saúde mental no período de pandemia (60) e a consequente sobrecarga dos serviços e dos trabalhadores da área, é esperado um aumento do adoecimento psíquico destes trabalhadores. Até o momento, o município dispõe de uma rede de cuidados insuficiente para atender as demandas de todos os trabalhadores de saúde. Assim, este trabalho visa identificar em conjunto com gestores dos serviços, sintomas de sofrimento psíquico nos trabalhadores de saúde mental dos CAPS, fatores de risco psicossociais relacionados ao trabalho destes profissionais e as estratégias adotadas pela gestão para manejo diante destas situações. Através da percepção da gestão, foi construído um relatório com propostas de intervenção e cuidado precoce no local de trabalho, bem como um documento norteador para gestores. Espera-se que, os produtos técnicos advindos deste trabalho possam auxiliar no olhar das instituições para o cuidado dos trabalhadores, começando pela gestão.

5.OBJETIVOS

5.1. Objetivos gerais

O objetivo deste trabalho é, a partir das percepções dos gestores dos CAPS do município de Campinas, identificar o sofrimento mental dos trabalhadores das equipes de saúde mental, bem como as estratégias adotadas pela gestão para manejo e cuidado nesta situação.

5.2. Objetivos específicos

- Identificar, os aspectos facilitadores e as dificuldades dos gestores nestas intervenções de cuidado com a equipe de trabalhadores;
- Identificar fatores psicossociais relacionados ao trabalho citados pelos gestores como mais expressivos no período analisado, incluindo entre eles a pandemia de COVID-19;
- A partir dos resultados consolidados das entrevistas, elaborar com os gestores um relatório técnico para ser apresentado as instituições e gestão macro (Cândido Ferreira e Secretaria Municipal de Saúde de Campinas) e um documento com orientações para a gestão de um CAPS.

6.METODOLOGIA

6.1. Local de estudo

Campinas é um município do Estado de São Paulo, com população estimada de cerca de 1,2 milhões habitantes, segundo dados do IBGE (61). Atualmente, a rede de saúde mental da cidade, segundo informações da Secretaria de Saúde do município (62), dispõe de 14 CAPS, sendo eles:

- 6 CAPS III: funcionamento 24h, atende a demanda de transtornos mentais graves e persistentes e busca a reabilitação psicossocial, além de assistência aos serviços de residências terapêuticas do município;
- 4 CAPS III Álcool e Drogas: funcionamento 24h, atende a demanda de transtornos mentais graves e persistentes, relacionado ao uso problemático de substâncias psicoativas, através do modelo de reabilitação psicossocial e redução de danos.
- 4 CAPS Infante Juvenil: optado por não incluir no estudo por conta da população atendida e da modalidade de atendimento.

O Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, fundado em 1924, é uma entidade filantrópica que, em convênio com a prefeitura de Campinas, administra 9 das unidades acima citadas.

6.2. Tipo de pesquisa

Minayo (63) afirma que a ciência não pode se resumir a uma única forma de ver o mundo e, em oposição ao positivismo de dados exclusivamente quantitativos, a pesquisa qualitativa na área da saúde propõe a subjetividade como promotora do sentido. O método qualitativo pode ser descrito como aquele que se ocupa do subjetivo e da realidade social dos atores envolvidos na pesquisa e que busca compreender e interpretar as representações sociais e crenças sobre o tema de

estudo. A abordagem qualitativa permite conciliar a investigação de um determinado grupo, sob a perspectiva histórica e social, suas relações e opiniões, para análise e produção de modelos teóricos com aplicabilidade real (64).

Esse tipo de método que tem fundamento teórico, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo. Por isso, é também utilizado para a elaboração de novas hipóteses, construção de indicadores qualitativos, variáveis e tipologias. (64)

Portanto, a proposta deste trabalho é um estudo qualitativo (65), em que foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 9 gestores dos Centros de Atenção Psicossocial: CAPS AD (Reviver, Sudoeste, “Antônio Orlando” e Independência) e III (Estação, Esperança, “Novo Tempo”, “Davi Capistrano” e Integração) do município de Campinas. Apenas 1 dos 10 CAPS administrados pelo Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira não autorizou a entrevista no serviço. A realização das entrevistas semiestruturadas possibilita maior reflexão e aprofundamento dos entrevistados sobre os temas apresentados (66).

A primeira parte da pesquisa previa a realização de entrevistas com os gestores de cada serviço, realizados nos seus respectivos CAPS, em salas reservadas e sem a presença de membros da equipe. A entrevista foi guiada a partir de um roteiro de questões (Anexo I), referentes ao processo de trabalho em saúde mental e relações com os trabalhadores da equipe, para compreender a percepção da gestão em relação ao adoecimento psíquico destes profissionais. Os encontros presenciais foram audiogravados com gravador digital, mediante a autorização prévia através de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II), e a pesquisadora ficou responsável pela realização da transcrição e revisão das entrevistas que tiveram entre 60 e 90 minutos de duração (totalizando 12 horas). No processo de transcrição, foram utilizadas algumas das “Normas para a Transcrição” proposta em Koch (67),

visto que a transcrição também deve reproduzir as frases interrompidas, pausas e outras características do discurso falado que influenciam na interpretação do conteúdo.

Após estes encontros, o material gravado foi analisado pela pesquisadora e as narrativas categorizadas em grupos temáticos, com intuito de identificar as impressões quanto aos sinais de adoecimento dos trabalhadores, informações coincidentes no manejo de situações de crise entre os membros da equipe e eventuais dúvidas que possam surgir. A Análise de Conteúdo, segundo o aporte teórico de Bardin (68), foi a metodologia de escolha para a análise de dados das entrevistas.

A análise de conteúdo (seria melhor falar de análises de conteúdo) é um método muito empírico, dependente do tipo de “fala” a que se dedica e do tipo de interpretação que se pretende como objetivo. Não existe coisa pronta em análise de conteúdo, mas somente algumas regras de base, por vezes dificilmente transponíveis. A técnica de análise do conteúdo adequada ao domínio e ao objetivo pretendidos tem de ser reinventada a cada momento, exceto para uso simples e generalizados, como é o caso do escrutínio próximo da decodificação e de respostas a perguntas abertas de questionários cujo conteúdo é avaliado rapidamente por temas. (68)

Inicialmente, foi realizada a “leitura flutuante” do conteúdo das entrevistas, com objetivo de emergir hipóteses em relação as categorias de seleção, bem como iniciar o processo de associações entre os documentos. A partir desta etapa, foi realizada a seleção dos documentos que iriam compor o *corpus*, os documentos que seriam submetidos aos procedimentos analíticos, através das regras propostas por Bardin quanto a representatividade e homogeneidade. Foram definidas oito categorias de análise: *Competências de Gestão; Conflitos Gestor e Equipe; Sinais de Sofrimento Mental* (com subgrupos das respectivas causas e alternativas de cuidado); *Fatores Psicossociais Relacionados ao Trabalho; Alternativas de Cuidado, Processos de Trabalho; Gestão de Coletivo e do Individual; e Dificuldades da Administração* (com subgrupos referentes a insumos, trabalhadores e institucional).

Após esta primeira etapa, os gestores foram convidados para uma videoconferência através da plataforma Google Meet, para validação do material produzido, conforme disponibilidade de horário e consentimento (Anexo III), e elaboração em conjunto de relatório técnico e cartilha de orientação. O termo de consentimento desta etapa foi entregue em conjunto com o primeiro termo de consentimento, durante a primeira etapa das entrevistas presenciais. O encontro foi gravado, conforme autorização dos participantes e com duração estimada de 1 hora.

Os dados obtidos não serão utilizados para outras finalidades e ficarão sob a guarda dos pesquisadores por um período de cinco anos após o término desta pesquisa, observados o dever de sigilo e confidencialidade, de acordo com as diretrizes da norma 466/2012 do CEP.

7.RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das características dos entrevistados, a maioria é composta por mulheres, com média de tempo na gestão de 4,5 anos. Considerando a formação profissional, há a predominância de terapeutas ocupacionais e enfermeiras – profissões que comumente apresentam em sua graduação competências e habilidades voltadas para a gestão –, seguida de gestores com formação em psicologia e serviço social. Também é interessante considerar que os gestores entrevistados apresentam um histórico como trabalhadores, seja da equipe em que atuam ou da instituição.

A complexidade do sistema de saúde de Campinas, bem como a quantidade de habitantes, levou ao processo de descentralização e divisão do território em cinco distritos de saúde: Sul, Norte, Sudoeste, Noroeste e Leste. Cada região apresenta características únicas, que influenciam no processo de trabalho em saúde. A região Leste compreende bairros da região central de Campinas e das regiões rurais, onde se localizam os principais atrativos de lazer e turismo ecológico do município; a região Noroeste é considerada uma área de expansão econômica, é um dos territórios mais populosos, atravessada pelas Rodovia Anhanguera e Bandeirantes, e concentra uma rede de atendimento à saúde, com o Pronto-Socorro do Campo Grande, a Maternidade e o Hospital Universitário Celso Pierro; a região Norte, a mais desenvolvida economicamente, é o local onde está instalada uma das maiores e mais conceituadas universidades públicas do país, a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), e também abriga a Faculdade de Campinas (FACAMP) e um dos polos da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC Campinas); a região Sudoeste é caracterizada por ser um distrito industrial, além de conter o Aeroporto Internacional de Viracopos; e, por fim, a região Sul, que é menos urbanizada, contém bairros rurais voltados para a agricultura (principalmente fruticultura) e apresenta barreiras naturais que a torna distante da área urbana (69).

Diante da diversidade cada território da cidade, optou-se por nomear cada gestor com o nome de uma flor tropical, pensando em suas características únicas e capacidade de florescer nas adversidades.

Ao presente capítulo, serão apresentados os dados e a análise das entrevistas realizadas com os gestores, subdivididos nas respectivas categorias

analíticas definida pelos pesquisadores. Abaixo, segue o compilado das categorias temáticas analisadas:

Tabela 1 - Resumo das Categorias Temáticas Analisadas

CATEGORIAS TEMÁTICAS	DESCRIÇÃO
COMPETÊNCIAS DA GESTÃO	Características esperadas da gestão para melhor administração do serviço e dos trabalhadores.
CONFLITOS GESTOR E EQUIPE	Como é esperado que os gestores atuem diante de situações de divergências na equipe, seja entre trabalhadores ou com a sua pessoa.
SINAIS DE SOFRIMENTO MENTAL	Percepção da gestão de processos de sofrimento e adoecimento mental na equipe de trabalhadores.
FATORES PSICOSSOCIAIS RELACIONADOS AO TRABALHO	Fatores psicossociais identificados pelos gestores nos CAPS: a <i>pandemia de COVID-19, relações interpessoais, conteúdo do trabalho e a interface casa-trabalho.</i>
ALTERNATIVAS DE CUIDADO	Estratégias utilizadas pela gestão para prevenção e promoção de cuidado em saúde mental.
PROCESSOS DE TRABALHO	Práticas cotidianas dos trabalhadores de produção nos serviços de saúde.
GESTÃO DO COLETIVO E DO INDIVIDUAL	Como a gestão concilia as demandas que surgem no âmbito individual e coletivo dos trabalhadores.
DIFICULDADES DA ADMINISTRAÇÃO	Adversidades observadas, principalmente no período da pandemia de COVID-19, em relação aos <i>trabalhadores, insumos e apoio institucional.</i>

Fonte: elaborado pela autora

7.1. Competências da gestão

O gestor em saúde tem o desafio de coordenar os diferentes atores que surgem na instituição: os *usuários* que, além de serem portadores e produtores de necessidades de saúde, também possuem um campo de saber em saúde; os *trabalhadores*, que operam os saberes técnicos em saúde; e a *organização* em si, que administra questões burocráticas e estabelece as normas deste cuidado em saúde. Isto é, o gestor em saúde não atua apenas na administração de recursos humanos e aspectos administrativos, mas também é atravessado por processos singulares e socioculturais que abrangem o processo saúde-doença, exigindo que o mesmo tenha uma postura transparente e coesa com os atores já mencionados (70). As falas abaixo exemplificam este conceito:

(...) lugar da gestão como um lugar que eu conseguiria conciliar as duas coisas que eu gosto de fazer: essa parte mais - eu vou chamar de gerir pessoas, administrativa, eu gosto também, mas também de poder estar com usuário. Claro que eu não faço assistência diretamente, mas poder compartilhar das histórias, dos casos...
(Antúrio)

(...) tem o cuidado com a equipe, que é um dos processos mais desafiadores, é você ser de fato ser apoio, ser acolhedora, estar disponível, estar atenta a cada membro da equipe, conhecer de certa forma o funcionamento de cada membro da equipe. (Primavera)

(...) estando na gestão eu penso que o PTS é para a equipe, você acompanha o processo de trabalho, você implementa coisas, sugere, tem uma função mais dura que é a da gestão de horários e escalas (por mais que a gente tenha que quem faz escala é enfermeiro, a gente também precisa fazer outros tipos de escalas), então tem esta questão mais dura, mas também tem esta outra que é a gestão do cotidiano, das relações de trabalho, dos processos de trabalho. (Bromélia)

Eu acredito numa gestão que se baseia também em ter que estar perto da clínica, não dá para ficar só mergulhado em processos burocráticos e administrativos. Eu gosto muito desse processo de estar perto da equipe, poder estar junto nos espaços de discussão, compor em alguns momentos em um atendimento junto com usuários, um pouco, assim, do que eu vejo. (Amarílis)

Segundo Dejours (54), o gestor deve possuir seis funções em uma instituição: ajudar seus subordinados, ou seja, ter um amplo conhecimento sobre o “trabalho vivo”, experiência sobre o processo de trabalho e conhecimento técnico para compartilhar com os trabalhadores; coordenar as inteligências individuais afim de melhor distribuir as tarefas entre os membros da equipe, estabelecer objetivos e sequências do trabalho; garantir espaços formais e informais de deliberação entre os trabalhadores; capacidade de escutar sua equipe, não apenas o trabalhador de forma individual, estabelecendo um elo de confiança mútuo; possuir coragem na tomada de decisões a partir do poder que lhe é conferido; e, por fim, estabelecer comunicação entre a equipe e a instituição, transmitindo as informações a partir de sua própria interpretação. Estas características vão ao encontro de algumas falas das entrevistas, e demonstram a consciência da gestão em tentar estabelecer práticas democráticas e com olhar ampliado do processo de trabalho.

O cargo de gestão também permite a possibilidade de negociação e comunicação entre diversos setores, e por isso trata-se de uma posição de grande potência para exercer políticas públicas (70). É através da figura do gestor que a equipe consegue articular estratégias de cuidado no território, pois a interlocução entre os demais serviços da rede depende desta capacidade de diálogo e troca.

(...) parte do trabalho do gestor é fazer boas parcerias na rede para que então consiga respaldar a equipe para possíveis parcerias, para a articulação da rede (Primavera)

Para além das perspectivas administrativas do se fazer gestão, têm se desenvolvido outras estratégias para que este processo ocorra de forma mais democrática e autônoma. Espaços coletivos, como as reuniões de equipe e

passagens de plantão, são locais em que ocorrem delimitações quanto a assistência e processo de trabalho, em uma gestão participativa com os trabalhadores (71).

O trabalho com equipe é bastante difícil, acho que com pessoas principalmente, que a essência do trabalho é, o bruto trabalho da gestão é esse: com as pessoas. Então, acho que isso é o mais árduo, porque nem tudo aquilo que você pensa, acredita, ou acha que é o melhor a ser feito, passando pelo coletivo é decidido daquela forma. (Hibisco)

No entanto, no campo que compete articulação com os trabalhadores, o gestor de saúde, em alguns momentos, sente-se uma figura solitária. Algumas falas abordam sobre esta dificuldade e sentimento de cada um:

Eu acho muito desafiador, porque também é uma posição muito sozinha, solitária, que a gente tem que tomar decisões muitas vezes. E também, porque se tratando essa questão de saúde do trabalhador, muitas vezes não dá para abrir para equipe questões do trabalhador, de alguns trabalhadores, implica na decisão, em algumas decisões, que muitas vezes a equipe não vai entender. (Astromélia)

A gente fica muito sozinha nisso. A gente se sente um pouco impotente. É um serviço que cuida de saúde mental, que preza tanto por isso, fala tanto sobre isso, mas quando é um profissional nosso quanto a gente fica limitado em oferecer. (Crisântemo)

Existem estruturas formais administrativas de apoio para garantir segurança e compartilhar decisões. Mas no que tange à saúde do trabalhador, muitas vezes o gestor necessita tomar decisões sozinho. É importante ressaltar a existência de espaços coletivos para a discussão das relações de trabalho, sobre vivências de sofrimento no ambiente profissional, cooperação e comunicação entre equipe, para que possa ser construído o trabalho de maneira saudável a todos da

equipe (72). Dentre estes espaços, há alguns preconizados para as equipes de saúde mental, mais especificamente dos CAPS. As reuniões de equipe constituem ferramentas importantes para a melhora do canal de comunicação, ajuda no esclarecimento dos papéis de cada trabalhador na equipe, para auxílio na condução e discussão de projetos terapêuticos singulares, e fortalecimento do vínculo (36,73). As reuniões podem ser divididas entre as equipes de referência do cuidado e entre todos os trabalhadores da equipe. Outro espaço coletivo é o espaço de supervisão clínico institucional, um dispositivo de formação permanente, em que estava previsto a destinação de verba pelo Ministério da Saúde (74), com o objetivo de auxiliar os profissionais com os impasses que surgem na clínica e cotidiano de um CAPS, bem como no trabalho coletivo (75). Cabe ao supervisor auxiliar a equipe na identificação dos problemas, bem como no processo de mudanças por parte da equipe (76,77). Por fim, tem-se os colegiados gestores, locais de deliberação sobre questões organizacionais e tomada de decisões políticas, em que participam as chefias dos serviços (78).

Sabe-se que uma das dificuldades enfrentadas pela gestão é a falta de participação dos profissionais de saúde e dos usuários nas tomadas de decisão, com sua ausência ou falta de envolvimento nestes espaços coletivos. Fica expressa a dificuldade de reunir as pessoas, de a equipe falar a mesma linguagem e de sustentar diálogos com a comunidade. Por vezes, os espaços criados são esvaziados ou contam com pouca espontaneidade e ação, sobretudo dos usuários e usuárias. Em outros momentos, pactuações feitas nesses coletivos são invalidadas e ignoradas por pessoas que não participaram da discussão, ou que foram contra as propostas apresentadas, o que enfraquece e fere a autonomia das decisões coletivas. Portanto, a percepção de solidão também passa por uma corresponsabilização dos gestores em educar os trabalhadores sobre uma participação mais ativa e maior representatividade.

7.2. Conflitos entre gestor e equipe de saúde mental

O manejo de situações de conflito faz parte do cotidiano dos gestores. A palavra conflito pode ter diferentes definições, como por exemplo: disputa de

interesses que invadem a organização; conflito decorrente da disputa de papéis gerenciais e busca por controle; ou algo da personalidade do indivíduo, que remete a contraposição entre interesses pessoais e organizacionais. Há também os conflitos que circulam pelos espaços intersticiais, que não alcançam a gerência. Estas situações podem ser abordadas de forma coletiva, individual, ou serem mantidas latentes (79,80).

Observa-se nas instituições a presença de alguns padrões cristalizados, através dos quais a equipe representa a usuários e até mesmo a própria instituição. Estas representações são decorrentes de processos de vivências da equipe como grupo, as configurações de cada integrante neste espaço – inclusive do gestor – bem como aspectos histórico-culturais. Também dizem respeito a significados atribuídos de forma coletiva e inconsciente, mas que de certa forma, repercutem no processo de trabalho e mudanças na dinâmica grupal (81,82). Considerando a trajetória dos serviços de saúde mental em Campinas, alguns gestores pontuam estas questões e, a diferença que ocorre entre trabalhadores com mais tempo de serviço:

É tão potente ter pessoas mais velhas, mais experientes, da mesma forma que é potente ter pessoas novas chegando, de um novo jeito de pensar, sangue novo, como eu vou unir essas duas coisas. Os conflitos apareciam nas construções dos casos, nas discussões, às vezes nos olhares, às vezes no silêncio, de surgir questões na equipe e a equipe ficar muito silenciosa, e ninguém conseguir se colocar."
(Antúrio)

A gente tinha aqui profissionais que já estavam há mais de 20 anos também, trabalhando neste CAPS, então tinha muito o discurso de isso não vai mudar nunca, coisas que acho que iam segurando um pouco a necessidade de mudança, que eu fui notando que era necessário na instituição, no CAPS. (Orquídea)

Você percebe que tem pessoas que mudam completamente com a chegada de um novo gestor, eu digo do ponto de vista bom. E tem pessoas que não querem sair da zona de conforto. (Alpínia)

(...) eu tenho uma relação direta com a instituição pelo lugar que ocupo, mas eu estou com eles aqui no dia a dia acompanhando os casos, as dificuldades em processo de trabalho, que dá para confiar (...) Mas isso não adianta dizer, eles vão sentir aos poucos. (Antúrio)

A atenção em saúde mental no município foi construída através de um regime de administração e gestão conjunta entre a Prefeitura Municipal de Campinas e o Serviço de Saúde Cândido Ferreira, através da Lei Municipal nº 6215/90. Além destas duas instituições, foi estabelecido o Conselho Diretor com representações também de servidores, usuários e outros trabalhadores. A cogestão entre as duas instituições, desde 1990, permitiu que o município implementasse serviços como: Residências Terapêuticas, Núcleos de Oficina e Trabalho (NOT), Consultório de Rua, leitos de internação para atenção de crise (NAC – Núcleo de Atenção à Crise e NADEQ – Núcleo de Atenção à Dependência Química) e Centros de Convivências. Isso contribuiu para atender as diretrizes e ações previstas na reforma psiquiátrica, com o fortalecimento da rede de atenção psicossocial (80). No entanto, este contrato sofreu algumas dificuldades políticas e financeiras, que culminaram com o fechamento de algumas unidades, corte de trabalhadores, corte de insumos entre outros. Portanto, o contexto histórico dos CAPS ainda assombra alguns trabalhadores, e pode ser observado na fala de alguns gestores, de forma indireta.

(...) o que deixa as equipes muito persecutórias é o distanciamento da gestão macro da instituição. (Antúrio)

Campos (58) estabelece duas formas de organização do processo de trabalho em saúde. A primeira delas corresponde a um modelo vertical, composto por profissionais subdivididos em suas especialidades, que atuam de forma autônoma e se responsabilizam apenas pela sua área técnica. A presença de desentendimentos ocorre em virtude da disputa por competências e de procrastinação de responsabilidades da equipe. A segunda forma ocorre quando há uma horizontalização do poder de gestão, em que todos os trabalhadores se igualam de maneira artificial. Não há uma responsabilidade específica para cada área, de modo que todos são responsáveis – e não! – pela administração do serviço. Os profissionais

dos CAPS trabalham na lógica de equipes de referência, responsáveis pela condução dos casos dos usuários atendidos em um respectivo território, visando a construção de vínculo, autonomia e cuidado compartilhado entre profissionais de diferentes núcleos. Entende-se a partir desta proposta que nenhum profissional especialista, de maneira isolada, poderá assegurar uma abordagem integral no cuidado do indivíduo. No entanto, pode haver alguns obstáculos nesta prática, visto que o trabalho multidisciplinar depende da capacidade subjetiva de cada um para lidar com as incertezas e inseguranças, para fazer e aceitar críticas, bem como para a tomada das decisões de maneira coletiva. Apesar deste processo de trabalho ser algo inerente ao funcionamento de um CAPS, diante de processos de adoecimento e sobrecarga de trabalho, alguns trabalhadores podem cristalizar-se em figuras mais reativas, reagindo de forma defensiva diante de colegas e gestão (36).

(...) tinha uma equipe com vários gestores, né, e que pouco aprofundavam mesmo no processo de trabalho. Eu lembro que eram poucas ofertas de grupo, isso era algo que chamava muita atenção. (Primavera)

A equipe tinha algumas fantasias, inclusive assim, a equipe tinha uma expectativa de não ter um gestor (achava que teria a possibilidade de fazer uma autogestão, uma parte da equipe), então, assim, foi no início um pouquinho difícil. (Bromélia)

São mínimos detalhes que eu tenho que deixar até eu entender, e aí eu percebo pessoas muito apreensivas com a minha chegada, isso vai se diluindo ou vai se formatando depois. Eu já percebo o que é. Tudo porque não me conhecia, não sabia quem eu era, não convivia comigo no dia a dia do trabalho... Porque tem as paranoias, que também está ali numa postura, mas que a gente sabe que não se esforça tanto quanto os outros, que são coisas que você tem em qualquer equipe. (Alpínia)

Então, por isso que eu falo, é uma distorção de conceitos. E aí eu acho que isso foi prejudicando a clínica mesmo. E aí acho que faltava alguém que conseguisse falar “não”, “isso aqui não, calma!” Vamos colocar isso em roda. E aí ficava uma disputa muito grande para ver quem da equipe gritava mais. Então tinha um grupo dos excluídos e um grupo dos que conseguiam gritar mais, entendeu? E aí era tudo muito solto mesmo. (Amarílis)

Envolver todos os trabalhadores da equipe em propostas de novas maneiras de se fazer a instituição funcionar é uma forma de implicação e corresponsabilização de todos, bem como alternativa para evitar a alienação do trabalhador. Além desta gestão mais democrática, a valorização dos vínculos entre trabalhadores e usuários, bem como dentro da equipe, garante o respeito entre as diversas áreas e fortalece o trabalhador nas suas decisões, dando sentido ao seu trabalho (58).

Então, eu acho que o clima de trabalho vai muitos dos profissionais que você tem no seu ambiente de trabalho. Se você tem pessoas que conciliam mais, que tentam agregar mais opiniões, do que gente que tenta dividir várias opiniões... E aí disputa qual opinião é mais válida. E eu sou de um perfil mais da conciliação, eu sou mais calma, tranquila. E quando tem pessoas muito agitadas, isso me faz meio que perder. Acho que a gente precisa sentar e conversar e procurar entender as coisas. (Astromélia)

Porque a reunião é um espaço de deliberação, e toda reunião de equipe a gente sai com “n” deliberações. E quem faz as deliberações é a equipe. Mas, poxa, dá trabalho tomar decisão, dá trabalho discutir, ouvir que o que A pensa e o que B pensa, e tentar chegar algum coletivo em que o A e B sejam contemplados e o C namore essa proposta. É difícil, não é fácil. E poder saber que a letra B discordou de mim que sou a letra A, entender que isso tava no profissional. Não é porque ele não gosta de mim, que ele sente raiva de mim. Dá trabalho. Então, as pessoas querem que seja coletivo quer que seja

democrático. Por isso que às vezes entra em conflito com essa questão da militância. É que tudo eu quero, é direito... Mas você está fazendo seu dever de conversar? Que existe um dever que é participar da reunião de equipe para a gente construir esse trabalho, para que seja coletivo? E tomar decisões é isso, não é fácil. (Astromélia)

Campos (59) propõe a cogestão como uma estratégia para viabilizar o alcance dos objetivos de uma instituição, levando em consideração a diversidade de interesses dos vários coletivos envolvidos e as necessidades sociais. Através desta estratégia, busca-se evitar desequilíbrios de poder durante o processo de análise e tomada de decisões, bem como a articulação dos interesses em jogo e inovações no modo de funcionamento da instituição (83). No sistema de gestão participativa, podemos identificar três modelos de espaços coletivos que o compõem: conselhos de cogestão, colegiados de gestão e dispositivos. A concepção de gestão como uma tarefa coletiva, que envolve sistemas de cogestão, destaca que essa responsabilidade não deve ser exclusiva de minorias poderosas ou especialistas em gestão.

Campos também ressalta que o controle da autonomia do trabalhador é "a fronteira que delimita o campo da maioria das teorias administrativas ou dos métodos de gestão", problematizando o conceito de racionalidade hegemônica. Segundo o autor (84), existem explicações políticas, econômicas e científicas para esta lógica, como, por exemplo: tentativa de reduzir a decisão e controle do indivíduo na execução das tarefas, para um modo de trabalho padronizado delimitado pela gestão, que "entende do assunto"; e a necessidade de uma entidade reguladora dos trabalhadores, visto que o indivíduo seria incapaz de trabalhar inserido no coletivo por atender suas necessidades individuais. Isto levaria a limitações no engajamento dos trabalhadores e à falta de reconhecimento do trabalho por eles realizado. Como resultado, o sentido de autoria, falta de reconhecimento e pertencimento ao trabalho seriam reduzidos e, também, geradores de sofrimento.

7.3. Sinais de sofrimento mental

Segundo Dejours, o conceito de saúde mental pode ser entendido como um objetivo a ser atingido, determinado a partir de questões subjetivas e ambientais, instável, mas com variações passíveis de serem toleradas pelo sujeito (85). Ainda segundo o mesmo autor (11), o trabalho exerce uma ação específica no homem, causando impactos em seu aparelho psíquico. A ausência de uma ocupação é prejudicial ao indivíduo, pois a inatividade total pode ser sinônimo de adoecimento. Por outro lado, em se tratando do trabalho, o aspecto importante a ser observado é a organização do trabalho, mais especificamente do conteúdo das tarefas exercidas e relacionamentos humanos, visto que podem repercutir negativamente nas funções psíquicas do sujeito. Conforme o trabalhador se esforça para adequar seus desejos e expectativas ao modo de funcionamento de seu trabalho, caso o trabalho não satisfaça suas necessidades mentais, ele pode apresentar um processo de adoecimento psíquico e somatização. Associada a estas demandas subjetivas, a organização do trabalho entra como fator descompensador psíquico com: aumento do ritmo e carga horária, cobrança por ritmo e desempenho, e pressão organizacional.

A organização do trabalho, concebida por um serviço especializado da empresa, estranho aos trabalhadores, choca-se frontalmente com a vida mental e, mais precisamente, com a esfera das aspirações, das motivações e dos desejos (...) A organização temporal do trabalho, a escolha das técnicas operatórias, os instrumentos e os materiais empregados permitem ao trabalhador, dentro de certos limites é claro, adaptar o trabalho às suas aspirações e às suas competências (...) Num trabalho rigidamente organizado, mesmo se ele não for muito dividido, parcelado, nenhuma adaptação do trabalho à personalidade é possível. (...) O sofrimento começa quando a relação homem-organização do trabalho está bloqueada; quando o trabalhador usou o máximo de suas faculdades intelectuais, psicoafetivas, de aprendizagem e de adaptação. (11)

Contextualizando para a atualidade, o autor Byung-Chul Han traz os conceitos de sociedade do desempenho e sociedade do cansaço. Entende-se que o

adoecimento psíquico não está associado apenas ao excesso de responsabilidades, mas ao imperativo de um padrão de desempenho. E o sujeito do desempenho, suggestionado por um excesso de positividade, em que a motivação e a iniciativa geram a falsa sensação de liberdade e conduz ao esgotamento mental. A cobrança pelo próprio desempenho transformam o explorado em autoexplorador, e o indivíduo força a si mesmo a produzir cada vez mais e sucumbindo a um quadro de *burnout* (86).

Assim, entende-se que o trabalho pode ser tanto uma forma de preservação da saúde e prazer, como também desencadeador de sofrimento e adoecimento aos trabalhadores. Em se tratando dos trabalhadores de saúde mental de um CAPS, existem particularidades da clínica que também podem contribuir para desencadear ou agravar um processo de adoecimento. Seguem as falas de alguns gestores sobre o assunto:

Enfim, então, assim, deu pra ver concretamente um aumento de atestados. E, assim, o trabalhador acaba ficando um pouco preocupado em trazer um atestado de saúde mental. Apesar de a gente estar em lugar de saúde mental, que cuida de saúde mental, as pessoas ficam com bastante receio de trazer um atestado da psiquiatria. Eu sei que a pessoa está doente de outras coisas clínicas, mas que diz de um esgotamento. (Bromélia)

Em uma medida, como um todo, eu percebo a equipe muito mais ansiosa. Todos – eu, os profissionais de todos os núcleos – uma ansiedade e uma angústia muito grandes, pra além da conta. Teve momentos em que eu me senti acolhida pela equipe, e teve momentos que eu também acolhia, minimamente, pra falar que estamos juntos e a gente não tem como resolver isso. (Bromélia)

Eu acho que, assim, o que eu vejo (que eu tô pensando nos casos que eu acompanhei), eu acho que a clínica às vezes do CAPS aguça um pouco algumas coisas. Sabe, coloca em despertar algumas emoções que daí vai atingir um pouco a vida o sujeito. (Amarílis)

A pessoa tem que se recompor, ela mesmo tem que ficar bem e voltar a trabalhar. (Crisântemo)

E eu tive coisas de todas as ordens. Por exemplo, de ter que me deparar com profissional usuário de substância. O que é uma questão que a gente sabe que é alto índice também, ainda não aparece, é pouco notificado, não sei do ponto de vista quantitativo. (Alpínia)

Uma outra condição abordada pelos gestores, mas que optamos por não apresentar todos os trechos com intuito de preservar os trabalhadores, foi em relação à temática do suicídio. O suicídio é um problema de saúde pública complexo e multifatorial. Em se tratando da sua interface com o trabalho, ele envolve uma diversidade de interações referentes ao próprio sujeito, condições do seu trabalho e condições socioculturais. Embora ainda haja poucos dados na literatura, o que é bem documentado é a relação de precarização do trabalho, tais como desemprego e fatores de risco. Dejours aponta para esta realidade nos países ocidentais a partir de 1990, nos mais distintos meios socioprofissionais, com repercussões de adoecimento para todos os colegas de trabalho. Além disso, o autor também aponta a dificuldade e falta de preparo por parte das instituições, em lidar com o assunto e desenvolver estratégias de cuidado e prevenção (87–89).

Como colocar ela para atender um caso de tentativa suicídio, com ela fazendo suicídio? Eu não vi cabimento algum dessa profissional estar sentada acolhendo uma história de sofrimento, tristeza, de morte, sendo que ela fazia as mesmas coisas. Que cuidado que ela ia prestar? (Astromélia)

Diante de vivências de sofrimento, é importante atentar-se para a origem da demanda inicial: trabalhador isolado de um coletivo de trabalhadores, de toda a equipe ou da instituição. Compreender por onde passa o sofrimento, auxilia na identificação de questões referentes à subjetividade do trabalhador, a práticas de gestão ou modelo de gestão pública.

Ademais, ao abordar sobre o sofrimento dos trabalhadores a gestão também fala sobre si, sobre as adversidades inerentes ao cargo. O trabalho gerencial enfrenta algumas dificuldades que também são potenciais fontes de sofrimento: restrições financeiras da instituição, escassez de recursos, sobrecarga, conciliação de interesses entre a instituição e os trabalhadores, e falta de reconhecimento no seu trabalho e no investimento na tarefa de gestão, por parte da equipe (90,91). Embora nas entrevistas realizadas isto não tenha sido falado abertamente de maneira pessoal, identifica-se alguns aspectos nos tópicos a seguir.

7.4. Fatores psicossociais relacionados ao trabalho

7.4.1. Pandemia

Como já mencionado, a pandemia do COVID-19 foi um fator para adoecimento psíquico, principalmente para trabalhadores da saúde, que se viram sobrecarregados com os aumentos dos casos, as novas variantes e aumento de acesso aos serviços de saúde. Tais profissionais vivenciaram desgaste emocional diante das limitações dos ambientes de trabalho sobrecarregados, incertezas quanto à doença, medo de contágio, isolamento de familiares e rede de apoio, e ausência de métodos preventivos a longo prazo (como foi o caso dos primeiros meses sem vacina) (92,93). Abaixo, pode-se ver o relato dos gestores a respeito das reações dos profissionais de saúde mental, retratando suas reações ao longo da pandemia:

Outras tinham sintomas (mas acho que por medo), mas não positivavam e ficava naquela de afastar sempre, e caía no INSS. Foi terrível! As pessoas que já estavam sobrecarregadas, tinham mais sobrecarga, tinha um medo de não estar vacinado, de passar para as pessoas de dentro de casa... Foi muito difícil! (Antúrio)

Eu tive profissionais que eu precisava afastar mesmo, por medo e pânico, muitos profissionais que começaram a ficar com medo de ser vetor e levar para casa. Conversei diversas vezes com profissionais

que foram ficando muito reativos, estavam aqui no trabalho, mas a todo momento muito preocupados. (Primavera)

E o que mais senti foi o sentimento de culpa, como as pessoas se sentem culpadas de ter transmitido para o outro. Isso aqui foi muito forte. Porque se eu fiz o mesmo plantão e alguém adoeceu, a galera da tarde fica culpada, a galera da manhã também. (Amarílis)

Tinha gente muito desesperada: vamos morrer, porque tem que fechar o serviço 100%! Achavam que tinha que fechar o CAPS (...) porque a pessoa fala isso, outra pessoa escuta e fala "não, realmente, né?!" E começa a aparecer como possibilidade, mas não é uma possibilidade. A gente é linha de frente também! (Hibisco)

7.4.2. Relações Interpessoais

A natureza das relações e do apoio entre colegas de trabalho, subordinados e gestores, é um dos fatores de risco psicossocial no trabalho que está relacionado ao estresse no ambiente. Relacionamentos nocivos entre trabalhadores podem ser precipitados pela ambiguidade de papéis, o que gera um clima de tensão psicológica na equipe e insatisfação no trabalho. Entretanto, quando há apoio social dos colegas, há uma redução importante do estresse ocupacional e, conseqüentemente, da satisfação com o trabalho (94). Nos exemplos abaixo, há o relato de profissionais que assumiam o papel de “gestores internos” – auto incorporavam a função de gestão – na equipe, o que gerava um clima de divisão entre os trabalhadores e dificuldade de posicionamento e compartilhamento de ideias, com predomínio deste grupo dominante.

(...) muitos profissionais adoecidos, no sentido desmotivados, um tanto quanto em uma movimentação coletiva um tanto perversa. Perversa no sentido de um núcleo atacando o outro. Só alguns funcionários falavam em lugares coletivos, passagem de plantão, de que os gestores da equipe tinham poder de fala e os outros tinham que obedecer a esse grupo que tinha esse poder de fala. (Primavera)

Mas em alguns momentos os técnicos de enfermagem e os monitores se colocam dizendo que não se sentem que têm muita voz na equipe. Em alguns momentos, de fato, a equipe universitária toma mais a palavra. Mas quando eles são convidados a se colocar, nem sempre, há um protagonismo de todos. (Orquídea)

A satisfação no trabalho, embora seja algo de caráter subjetivo, é influenciada por fatores como avaliação do ambiente de trabalho, aspectos psicossociais e fatores pessoais de cada indivíduo. Em se tratando de insatisfação, questões como estruturas e insumos, relações de conflitos entre colegas, processo de trabalho, rendimentos e perspectivas de progressão na carreira são fatores de relevância para profissionais de saúde mental. Além de apresentar consequências para o trabalhador, a insatisfação pode repercutir na organização da equipe indiretamente, prejudicando a assistência oferecida pelo serviço (95).

E aí eles vão colocando que eles trabalham mais, que eles ficam mais cansados, que eles ficam mais expostos... E para a equipe multi fica mais fácil ter algumas visões e alguns discursos, porque não são eles que estão ali... São também, mas não são eles que estão ali na linha de frente. Isto aparece, bem cingido. (Antúrio)

Fui começando a dar lugar e voz no sentido do PTS do usuário e no processo de trabalho, né? Então, eu acho que isso foi começando a trazer à tona os desconfortos, os desencontros entre os núcleos. Foi ficando evidente algo que era muito velado, muito escondido (Primavera)

As condições de trabalho que geram vulnerabilidade aos trabalhadores, a fragilidade nos vínculos de contrato, associadas à falta de mobilização coletiva diante do sofrimento, são resultantes da precarização do trabalho. Segundo Selligmann (96), este processo pode ter um impacto negativo nas relações interpessoais, minando a capacidade de cooperação dentro da equipe e promovendo o individualismo. Com isto, ocorrem os absenteísmos, as faltas por licença médica e o adoecimento psíquico.

Sabe-se que o engajamento dos funcionários no ambiente de trabalho está estreitamente ligado à gratificação – não somente financeira – que o reconhecimento no emprego pode trazer. Portanto, a desvalorização simbólica do trabalho faz com que o trabalhador não encontre sentido em sua função e no conteúdo do trabalho (97).

7.4.3. Conteúdo do trabalho

A função de um trabalhador é considerada uma fonte de estresse quando não há clareza de sua função, quando há demandas conflitantes no trabalho e conflitos decorrentes de limites organizacionais. Dentre estes fatores, ser responsável ou cuidar da segurança de pessoas é um potencial fator de risco para estresse ocupacional (98). Neste sentido, com a pandemia de COVID, muitos trabalhadores da saúde mental – mais especificamente os que atuam com moradores de rua – se viram em situações de conflito ético no cuidado prestado ao usuário *versus* o cuidado preventivo contra o vírus. Abaixo uma das falas exemplifica a situação:

Mas a gente é um CAPS que as pessoas moravam na frente do CAPS, que vinham comer aqui, tomar banho aqui. E como fechar tudo e não dar assistência para essas pessoas? Acho que isso foi muito marcado também pelo sofrimento dos profissionais. Tanto em pensar em como dar continuidade a este cuidado como com o próprio cuidado, o cuidado da família. (Primavera)

No trabalho em saúde mental dentro de um CAPS, procura-se desviar da racionalidade para uma dinâmica que envolve improvisação e criatividade no processo de trabalho, algo semelhante a um trabalho artesanal. Este trabalho e cuidado em saúde mental são caracterizados por um elemento intrínseco aos vínculos e relacionamentos humanos, algo que transcende o conhecimento teórico e técnico, e é compreendido por meio de experiências e afetos. É um trabalho que possui um aspecto emocional significativo, uma vez que lida com a complexidade da loucura, inserida em um contexto repleto de preconceitos e angústias. Além do conhecimento técnico específico de cada área, existe uma dimensão afetivo-emocional nesse trabalho, que envolve sofrimento decorrente das questões que vão além da formação profissional – como o confronto do trabalhador com suas próprias questões.

O trabalhador de saúde mental deve estar em constante construção, visto que seu campo perpassa discussões emblemáticas de diferentes campos de saberes: discurso religioso do adoecimento e cuidado em saúde mental, discurso científico e biomédico, e discurso político que envolve uma outra maneira de se relacionar com a loucura (bases na Reforma Psiquiátrica). Portanto, o trabalho no CAPS exige muito do trabalhador, pois, além de lidar com estas questões diariamente, se vê confrontado com as próprias características da clínica, que são um desafio constante (99).

Os CAPS III e CAPS III AD se diferenciam entre si pela clientela atendida, como transtornos mentais e transtornos por uso de substâncias respectivamente. As tarefas de trabalho desenvolvidas pelas equipes englobam atividades individuais (acolhimento, atendimentos individuais, psicoterapia, atendimentos a familiares) e atendimentos coletivos (visitas domiciliares, oficinas e grupos terapêuticos) feitos por uma equipe multidisciplinar. Há também a divisão dos usuários por profissionais de referência e territórios e é através destes que se desenvolve o Projeto Terapêutico Singular, documento norteador da assistência e das ações que serão desenvolvidas em conjunto com o usuário (100,101). Segundo a psicodinâmica do trabalho, o trabalho pode ser dividido entre prescrito e trabalho real (11). O trabalho prescrito pode ser entendido como a tarefa imposta ao trabalhador pela instituição, inviável de ser reproduzida. O trabalho real é o que o trabalhador faz para se adaptar aos eventos, incidentes, incoerências organizacionais, imprevisto com insumos, relacionamentos interpessoais, entre outras adversidades. Há sempre uma discrepância entre o que é prescrito e o que é real, ou seja, o trabalho de fato é o que ocorre entre o prescrito e o real (102). Portanto, o modelo de gestão não deve determinar o funcionamento do trabalho, mas sim ser um facilitador deste processo e auxiliador nas regras de convivência entre as pessoas (71). Para o trabalhador de um CAPS, que precisa se ver com o sofrimento do trabalho prescrito *versus* trabalho real, a margem de negociação com a gestão sobre as imposições e realidades que permitirá o fluxo para um processo criativo ou adoecedor.

7.4.4. Interface trabalho e casa

Outro fator psicossocial relacionado ao trabalho é a interface trabalho-casa. Demandas conflitantes entre os dois ambientes, pouco apoio ao trabalhador diante de problemas domésticos (sejam eles familiares como sociais), e pouco apoio no

ambiente doméstico das demandas do trabalho são fatores potencializadores de adoecimento psíquico (13). Não considerar o contexto social em que o indivíduo está inserido, e não compreender que isto, de alguma forma pode ser o fator de base para um adoecimento mental, pode prejudicar o manejo e cuidado ao trabalhador. Abaixo uma das falas aborda esta questão:

Eu percebo assim, o pessoal da área meio que aí são os auxiliares de higiene, auxiliares de moradia, principalmente estes dois segmentos, eles têm, em geral eles moram super longe do trabalho, têm problemas sociais e familiares graves, enfim depois o pessoal vai me contando de violência e uma série de coisas. Então tem algo aí que é da vida da pessoa e do trabalho. (Hibisco)

Vale ressaltar também o aspecto das mulheres no trabalho. A condição feminina necessita de um olhar especial, visto a complexidade das relações de seus contextos sociais com o trabalho, sendo impossível dissociá-los. A história das mulheres no ambiente de trabalho reflete as diferenças de gêneros e desvantagens em comparação aos homens. Mulheres estão suscetíveis a maiores taxas de desemprego, desvalorização profissional, ambiente competitivo e dupla jornada de trabalho dentro do ambiente doméstico. O preconceito e resistência históricos vivenciados pelas mulheres para conseguirem trabalhar fora de seus lares, contribuíram para aumento da pressão e autoexigência das mesmas em conciliar trabalho e cuidados domésticos, sendo um importante fator de adoecimento psíquico (89).

Assim, que daí para mim tem a ver com a natureza do processo. Eu vejo, a maioria são mulheres que compõem o nosso trabalho, então pensando no adoecimento de mulheres com questões de violência, em relação a relacionamento, relacionamentos abusivos. E aí adoecendo nesse processo. Tem até dessa duplicidade, triplicidade, quadruplicidade de papéis da mulher e isso de um esgotamento. (Amarílis)

É um sofrimento muito importante, a gente vê isso todo dia, assim digo dos mais graves, e a relação profissional-usuário surreal. Mas vive acontecendo isso, as mulheres estão aí, a vulnerabilidade das mulheres é muito grande. (Hibisco)

7.5. Alternativas de cuidado

Sabe-se que pessoas com doenças mentais sofrem com restrições não justificadas em seu ambiente de trabalho, o que acaba anulando sua determinação para trabalhar, bem como agravando sentimentos de desvalia e incapacidade laboral. Além do estigma presente no diagnóstico de um transtorno mental pela própria pessoa, há o obstáculo de enfrentamento de colegas e supervisores, medo de situações de assédio, dificuldade de lidar com os sintomas e com adaptações ao ambiente de trabalho (89).

Isso que é muito delicado na saúde mental, quando você tem um trabalhador adoecido. Porque você não pode estigmatizar, você tem que cuidar ao mesmo tempo. (Astromélia)

Porque a gente tá o tempo todo, 24h por dia, abraçado com o sofrimento humano. Tanto é que a gente acaba tendo uma coisa de pensar quase sempre pro lado da desgraça, tudo um pessimismo. Mas é porque a gente vê muita coisa ruim. E é uma coisa que a gente precisa treinar mesmo. Você tem que treinar passar do portão e largar os problemas de trabalho aqui pra dentro. Senão isso te consome, te dá insônia. Você adocece mesmo. (Alpínia)

A prevenção a agravos em saúde mental no ambiente de trabalho consiste em reduzir as situações risco e de estresse laboral. Em se tratando de um trabalhador de saúde mental, como por exemplo as vivências da clínica da psicose e situações de violência, podem ser desencadeadores de adoecimento psíquico (89,103).

Alguns que eu considero um pouco mais grave, que eu vejo que daí é do processo da pessoa e que o trabalho no CAPS... Esse contato com a crise da psicose, dessa repetição de ciclos que a gente também vive, muitas vezes a psicose ela vem para violência também. E aí, trabalhadores adoecidos no processo. (Amarílis)

Os universitários existem outras estratégias, né? Não é igual. Eu vejo que tem muitos que fazem psicoterapia, dança, que se cuida, cada um do seu jeito. Isso é um diferencial e eles tem condição financeira. Isso é outra coisa, entendem que isso é importante. Alguns fazem mestrado, fazem especializações, têm famílias que dão retaguarda... Então, é diferente. Assim, é uma outra classe social, é uma outra inserção social. O sofrimento deles vem bastante das mudanças políticas sentidas no serviço (...) (Hibisco)

Outro fator relevante, mas especificamente para trabalhadores da enfermagem, diz respeito ao trabalho em turno e sobrecarga de funções (103). Nos CAPS, os enfermeiros assumem a função de referência dos usuários, acolhimento de plantão, e as demandas específicas de sua área técnica, às vezes em um mesmo turno.

Ao se abordar sobre os profissionais da área de cuidados, é essencial discutir o papel da mulher na sociedade. Ao longo da história, as mulheres foram designadas principalmente para atividades de cuidado, e ainda hoje, essas tarefas são majoritariamente desempenhadas por elas, especialmente no campo da enfermagem. A partir disso, surgem contradições que contribuem para o adoecimento psíquico, tais como a natureza imediata do ato de cuidar e as demandas técnicas, o salário, a carga horária e outros aspectos relacionados ao trabalho. Na sociedade contemporânea ocidental, as mulheres enfrentam uma dupla expectativa (às vezes delas e/ou da sociedade): serem excelentes profissionais, atualizadas e qualificadas; e ao mesmo tempo, serem bem sucedidas no âmbito pessoal, como mães e/ou nos relacionamentos amorosos. Esta fantasia de onipotência e cobrança geram sofrimento e adoecimento psíquico (104).

Eu vejo, assim, as enfermeiras muito cansadas, porque elas têm outras funções: elas são referências, elas têm campo e núcleo diferentes, estão o tempo inteiro e com responsabilidade distintas, e uma delas ainda responsável técnica, ela tem que olhar comigo as coisas da Vigilância Sanitária. (Hibisco)

Promover saúde mental no trabalho contribuiu para a melhora das relações interpessoais, diminuiu as taxas de absenteísmo e melhora a qualidade de vida dos trabalhadores. Estratégias individuais (cuidar de fatores estressores, bem estar pessoal, autoconhecimento e práticas prazerosas) devem ser estimuladas pelos gestores, bem como desenvolvimento de ações no ambiente de trabalho: monitorização do ambiente, educação continuada, minimização de riscos psicossociais e estressores (103).

7.6. Processos de trabalho

Segundo Mendes-Gonçalves (105), o trabalho humano pode ser conceituado através da ideia abstrata de “energia” anterior que se transforma em algo, de maneira não espontânea, revelando um “processo”. O homem utiliza neste “processo de trabalho” etapas complexas que vão desde o uso de instrumentos que irão agir sobre determinado objeto, cuja transformação está subordinada a uma determinada produção (106).

No processo de trabalho em saúde, o trabalhador que presta assistência em saúde é o produtor de saúde, interagindo diretamente com os usuários do serviço, que assumem o papel de consumidores deste produto. Assim, uma das especificidades deste processo de trabalho é a dependência da relação entre os sujeitos envolvidos, de maneira que o trabalhador é incapaz de produzir saúde de forma isolada, sem o coletivo partilhado. O modo de produzir cuidado é relacional e o produto principal é o encontro entre trabalhador e usuário (37). Abaixo, destacam-se alguns trechos referentes a compreensão do processo de trabalho no CAPS:

De trazer para os trabalhadores na reunião de equipe, no planejamento, que tomar decisões implica a gente pensar em viabilidade de soluções, de respostas. As minhas respostas não podem ser duras sem serem reflexivas. E muitas vezes é isso que uma equipe de saúde mental reflexiva, teoricamente, exige da gestão, respostas rápidas, prontas e resolutivas. Vem cá agora que eles estão tomando outro lado, estão percebendo que a solução implica numa viabilidade, e nem sempre é viável a minha solução. (Astromélia)

Então, assim, você vai ter que ser na relação com a equipe, em muitos momentos alguém empático, diversas vezes solidário. Tem que tomar a frente muitas vezes se alguma situação que, ou você percebe que seu colega está com dificuldade e não tá dando conta, e poder falar disso depois. (Alpínia)

Eu acho que é isso, de poder ouvir, pensar junto algumas saídas, organizar se está relacionado diretamente ou se a gente identifica algo do processo de trabalho que está interferindo naquele adoecimento, poder reorganizar o processo de trabalho. Recentemente, a gente estava vivendo uma crise, e aí eu escutei. Até por isso está tão viva em mim essa frase, que cuidamos muito dos usuários e pouco de equipe. (Antúrio)

É o que eu tento fazer de diferente aqui. Eu tento estabelecer uma gestão mais participativa, de contratos coletivos, porque favorece na aceitação e implicação de todos. Mas às vezes eu fico com a sensação de que, nesse lugar de ser mais democrático, a equipe fica um pouco perdida no que fazer, porque isso demanda responsabilidades. (Orquídea)

Ademais, deve-se ressaltar que o processo de trabalho está sujeito ao contexto histórico, cujas produções estão submetidas às vivências experimentadas neste contexto social do trabalho na saúde (70,106). No período da pandemia de

COVID-19, houve mudanças significativas na organização do trabalho, como segue nas próximas falas:

Fluxo de portão, de fluxo de lavar mão, de ter um lugar específico para atender sintomáticos. A gente já tinha kits de paramentação em locais estratégicos. Estava todo mundo organizado, mas isso, no geral, mexeu muito, porque eu tive que ter esse tato com o grupo biomédico. (Antúrio)

Acho que tem coisas que não cabem mais. Na verdade, tem coisas que a gente apostou e, do usuário, por exemplo, que tá em casa e a gente achou que não ia dar certo e deu. Vamos rever. Talvez não precise de todo este amparo que a gente tá dando, tem tudo isto que faz a gente repensar. (Crisântemo)

Ficou muito mais duro e muito mais ambulatorial o processo de trabalho dentro do CAPS. Foi muito difícil para mim, porque eu sou muito da essência do CAPS ser coletivo. O CAPS é grupo, é construído coletivamente, e ficou muito ambulatorio. (Astromélia)

7.7. Gestão do coletivo e gestão individual

O gestor é um trabalhador que precisa constantemente conciliar as demandas individuais e coletivas de sua equipe. Segundo Campos (107), quem trabalha com gestão precisa ter a habilidade de compreender e suportar os diferentes dramas subjetivos que emergem no palco grupal. Para isto, o gestor necessita exercer um papel próximo da “maternagem”: garantindo suporte aos indivíduos, espaços de acolhimento, escuta e ao mesmo tempo estabelecendo regras e limites. Em um processo de adoecimento, muitos gestores ressaltaram a importância da proximidade do trabalhador, e ofertaram um espaço sigiloso de escuta em que suas questões pessoais possam ser ditas, e para se pensar em alternativas de cuidado através de mudanças do processo de trabalho.

Acho que a gente tem uma grande responsabilidade que é cuidar da nossa própria saúde mental. Se a gente não cuida da nossa saúde mental, a gente não consegue sustentar nada aqui dentro. (Primavera)

Eu geralmente mando mensagem quando a pessoa fala que não está bem, e pergunto se está tudo bem, se precisa de alguma coisa. E aí eu acho que acaba que os trabalhadores têm abertura de chegar em mim. Ouvei trabalhador que “eu tô com problemas aqui, meu filho mudou”. Coisas pessoais assim. E eu tento pensar em estratégias com a pessoa. (Bromélia)

Mas acho que o gestor ele tem que estar disponível para ouvir sua equipe. E ouvir é tudo mesmo, é desde o cachorrinho que morreu que às vezes pode afetar, até outras questões de conflitos maiores. Tem que saber separar, trazer os problemas das pessoas para si, mas tem que ter uma disponibilidade para ouvir. Se não tem paciência, acha que tudo é “piti”, acha que tudo é trabalhador reclamando, precisa cuidar para ver essa posição. (Amarílis)

Eu considero importante escutar. Poder estar disponível, assim com tempo para escutar a pessoa, mais de uma vez se precisar. Mas eu penso nessas escutas que eu te falei antes, uma escuta que “olha eu faço a gestão aqui”... Se você tem uma questão muito pessoal, eu falo “fulano, então, como que você pensa em lidar com isso porque aqui eu tenho limite para cuidar dessas coisas. (Hibisco)

Eu sou uma pessoa disponível. Pode vir conversar comigo, por mais direta que eu seja, eu sou uma pessoa que sempre quer ouvir o outro, sempre quero ouvir os dois lados, entende? Não dá pra formar uma conclusão sem ouvir os dois lados. Porque eu tenho uma coisa, é da minha personalidade, que eu não quero ser injusta com ninguém. (Alpínia)

Entretanto, existem limitações do papel do gestor na oferta do cuidado, diante de um trabalhador adoecido. Existem ferramentas para cuidado coletivo e individual (como por exemplo espaços de supervisão, espaços de socialização entre a equipe, escuta individual, apoio de outros setores da instituição), mas que em algumas situações se apresentam insatisfatórios para a demanda do indivíduo.

No processo de trabalho coletivo, enquanto CAPS, o que o CAPS pode fazer por este profissional, o que eu tenho de ferramenta enquanto gestão? Supervisão, educação permanente, ações coletivas, estas festas, estes momentos que temos juntos é muito interessante para a equipe. E articular a rede, indicar profissionais pra fora do serviço. (Primavera)

Então, a gente tenta fazer um cuidado que seja um pouco mais intensivo, senão a gente diretamente, pelo menos encaminhando para instâncias que possam ajudar. Porque, de fato, eu acho que existe um limite do gestor. Acho que tem uma postura que é importantíssima da gestão em relação ao cuidado, mas tem um outro tanto de coisas que de fato tem que ser um terceiro cuidando pra não confundir o que é papel de cada um. (Orquídea)

(...) mas potencializar a Medicina do Trabalho. Porque, por exemplo, eles fazem periódico e a gente não tem um retorno de como foi esse periódico, nem sei se esse periódico é qualificado. Mas no sentido de, por exemplo, aquele funcionário que quer ser demitido, ele tem uma questão na perna e no outro emprego ele tem uma função especial. Aqui ele não tá e eu nunca tive um retorno de como tem sido os periódicos dele. Então, talvez se tivesse algo nesse sentido, a gente teria mais instrumentos para poder cuidar de saúde mental e física. (Antúrio)

Se a gente conseguisse ter algo mais direcionado internamente para o trabalhador, acho que agregaria. Se existisse uma coisa mais direcionada, tem a Medicina do Trabalho, mas que se tivesse um

núcleo, algo interno, para os trabalhadores acho que agregaria. (Amarílis)

Eu gostaria que a gente tivesse um espaço de cuidado institucional, onde as pessoas pudessem mesmo tratar destes temas. Acho que com todos eles eu tive esta abertura, foi possível conversar e ajudar dentro do que foi possível. Mas eram pessoas que tiveram acompanhamento fora, com médico e terapia, e puderam melhorar. Mas é limitado o que a gente oferece. (Crisântemo)

Importante ressaltar que os gestores buscam agir em situações particulares que interagem com os FPRT, como por exemplo: maior flexibilidade nas horas de trabalho e nas escalas, autonomia do trabalhador na tomada de decisões, divisões de tarefas e da carga de trabalho. Estes fatores estão ao alcance da gestão local e são passíveis de discussão individual e com a equipe.

7.8. Dificuldades da administração

O sistema de saúde brasileiro apresenta uma heterogeneidade na distribuição de serviços e recursos de saúde, ao longo do território. Com a pandemia de COVID-19, ficaram evidentes as limitações nos serviços de atendimento em saúde, demonstrando a necessidade de reorganização da rede (108,109).

7.8.1. Insumos

A saúde mental vem vivenciando uma crise e um processo de desmonte desde 2016. Com mudanças nas políticas públicas, foram observadas algumas mudanças importantes: a redução de orçamento em favor de financiamento de hospitais e comunidades terapêuticas, a criação de ambulatórios especializados em saúde mental, a redução do cadastro de centros de atenção psicossociais, bem como a retirada deste serviço do ponto central de atendimento em saúde mental (46,110). Diante deste contexto já sofrível para os trabalhadores da rede que mantém a resistência contra essas medidas vem a pandemia de COVID-19. A fragilidade no

sistema de saúde se manifestou inicialmente com a carência de equipamentos de proteção para profissionais de saúde. A dependência de produtores globais, bem como o aumento da demanda mundial, dificultou o acesso as máscaras e outros produtos (como aventais, por exemplo) para todos os trabalhadores. Os gestores pontuam estas questões em suas falas abaixo:

Gente, está acontecendo isso, e é isso. Vai ter um corte porque não tem condição mais. A gente precisa pensar no que nós vamos conseguir manter. Essa é uma conversa difícil também. Não é ainda, eu acho que seria muito extremo dizer, mas a gente tá no caminho de uma da gestão da escassez. (CAPS Hibisco)

Mas, em geral, a maioria usa máscara. Tem gente que usa N95 ainda. Ah, tem isso também, os universitários usam N95 e as outras pessoas usam a cirúrgica. Sempre foi um diferencial também. Aí eu comprava, eu como gestora, e fui comprando pechinchando. A gente comprava N95 e deixava aqui. Aí eu tinha uma gavetinha lá que se alguém tá com sintomas põe uma N95. (Hibisco)

As pessoas com muito medo. Não tinham insumos necessários neste primeiro momento, porque não tinha onde comprar máscara, não tinha dinheiro para comprar máscara... A equipe ficou muito cindida no processo. (Primavera)

Sabe-se que os profissionais de saúde estão mais suscetíveis a riscos biológicos, um dos fatores responsáveis por adoecimento e acidentes de trabalho nesta categoria profissional (111). A vacinação, a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), a lavagem das mãos e a educação continuada quanto a medidas de segurança são estratégias necessárias para a proteção dos trabalhadores e da população assistida. Durante a pandemia do COVID-19, com o medo de se contaminar e a seus familiares, a carência de EPI foi um fator de agravamento dos sintomas psíquicos e adoecimento mental (112).

7.8.2. Trabalhadores

Em relação ao cuidado direto com os trabalhadores, foi pontuada a necessidade de recursos externos para auxiliar no cuidado. Como já abordado, os gestores possuem recursos para manejo de algumas situações, mas poucas ferramentas externas. Sabe-se que existe um conjunto de estratégias para prevenção de estresse e adoecimento mental nas instituições baseado em três pilares: prevenção e controle de risco; reação oportuna, baseada na solução de problemas; e reabilitação, que consiste em oferta de apoio e cuidados específicos para recuperação do trabalhador. Garantir que estas três etapas funcionem adequadamente permite uma recuperação e retorno ao trabalho dos trabalhadores adoecidos, bem como uma melhor relação com a instituição (113).

Às vezes também o tempo, não no sentido cronológico, mas tem uma hora certa de você fazer essa abordagem, de encontrar o espaço para que a pessoa também esteja disponível para poder escutar. Então, acho que às vezes é isso, o tempo dessa relação que você vai estabelecendo com trabalhador para poder falar e ser assertivo também nesse cuidado, para não soar como algo invasivo. (Amarílis)

A violência é um fenômeno complexo e variado, que pode causar danos irreparáveis as pessoas. No ambiente de trabalho, pode ser considerada violência qualquer forma de comportamento abusivo ou agressivo que possa causar dano físico ou psicológico. Já o assédio moral corresponde a um comportamento violento, frequente, de condutas abusivas dirigidas a um coletivo ou indivíduo do grupo, com intenção de forçar uma autoexclusão ou prejuízo (114). Diante deste conceito, foi trazida como preocupação como realizar a abordagem do trabalhador em um caso de adoecimento psíquico, e esta percepção por parte da gestão não ser interpretada como assédio moral.

Acho que sempre fica uma preocupação com o risco de ser interpretado como assédio, por uma cobrança de entregar meta. (Orquídea)

7.8.3. Institucional

Em relação à instituição, neste caso considerando a prefeitura e o Serviço de Saúde Cândido Ferreira, há a demanda por parte da gestão de um apoio para cuidados especializados em saúde mental. Cuidado especializado e acessível, que fosse externo ao ofertado na rede, pode ser uma proposta de auxílio no tratamento de alguns trabalhadores.

Acho que outro ponto, também, a gente não ter suporte institucional pra isso, uma ferramenta, um grupo (...) Um grupo de profissionais que a gente pudesse encaminhar, que pudesse cuidar no sentido da saúde mental dos profissionais. (Primavera)

Mas quando você falou isso, logo me veio na mente que o que deixa as equipes muito persecutórias, é o distanciamento da gestão macro da instituição. (Antúrio)

Mas eu sinto a falta de me apropriar melhor disso, de um respaldo da instituição, de capacitar os gestores pra isso mesmo. Pra avaliação de desempenho, pra um monte de coisa. Porque este profissional não foi avaliado lá. Você não faz uma avaliação, a gente tem uma avaliação que é de quando a pessoa entra no trabalho, até os 3 meses. (Alpínia)

A gente fica muito sozinha nisso. A gente se sente um pouco impotente, é um serviço que cuida de saúde mental, que preza tanto por isso, fala tanto sobre isso. Mas quando é um profissional nosso quanto a gente fica limitado em oferecer. E aí precisa ir no posto de saúde. Agora com o novo formato do NASF ninguém atende mais individual, e a pessoa nem sabe como que tem que ir. E tem também a questão de conhecer o serviço (atenção básica). Talvez se tivesse um canal, pelo menos de escuta. Já seria alguma coisa (...) (Crisântemo)

Alguns autores da psicanálise e psicologia institucional consideram necessária a distinção entre os termos instituição e organização para que possamos compreender alguns processos de adoecimento que envolvem grupos de trabalhadores. Entende-se instituição como um conjunto de regras e normas reunidas a partir de funções sociais. A organização, por outro lado, remete a algo mais concreto, as funções hierárquicas que ocorrem em um espaço delimitado (115).

Segundo Kaës, a instituição é “em primeiro lugar, uma formação da sociedade e da cultura; segue-lhes a lógica própria. Instituída pela divindade ou pelos homens, a instituição se opõe àquilo que é estabelecido pela natureza” (116). Assim, pode-se dizer que o conceito de instituição é pensado a partir de estruturas sociais e normas culturais, responsáveis por regular as relações entre os indivíduos e mutáveis ao longo da história da civilização humana. As instituições possuem suas respectivas funções, que as identificam e diferenciam dentro de uma sociedade. E neste processo complexo, de realizar suas funções correspondentes, ela também realiza funções psíquicas, mobilizando os indivíduos de sua estrutura na identificação coletiva e contribuindo para a regulação grupal (116).

Também segundo Kaës:

a instituição nos precede, nos determina e nos inscreve nas suas malhas e nos seus discursos; mas com esse pensamento que destrói a ilusão centrada do narcisismo secundário, descobrimos também que a instituição nos estrutura e que contraímos com ela, relações que sustentam nossa identidade (117).

Ou seja, o indivíduo é parte interessada e integrante da própria instituição. E é através de alianças inconscientes entre os sujeitos do grupo que se formam os vínculos, definem-se os desejos e o que deve permanecer reprimido (117).

Para Bleger, o grupo é um conjunto de indivíduos que interage entre si partilhando normas para a realização de uma tarefa. No entanto, trata-se de uma sociedade que se estabelece em um fundo de indiferenciação, ou seja, os indivíduos não têm uma existência subjetiva como tais neste espaço, sendo que também ocorre um revezamento de posições, permanente entre os integrantes. Um grupo terapêutico

também apresenta as mesmas características, com a única diferença de que um dos integrantes, o terapeuta, intervém utilizando suas competências e especialização, mas seu papel predeterminado também compreende este mesmo fundo grupal. Sem isto, a interação entre o grupo não seria possível. Entretanto, quando o grupo tende a se estabilizar como organização, com intuito de estabelecer-se por si mesmo, chega-se a um ponto antiterapêutico. O grupo deixa de ser um processo para tornar-se algo burocrático, no qual “os meios se transformam em fins e se deixa de lado o fato de se ter recorrido aos meios para conseguir determinados objetivos”. Quando esta situação se perpetua, o movimento do grupo é para que não ocorram mudanças (116,118).

(...) poderia começar dizendo que toda organização tende a ter a mesma estrutura que o problema que deve enfrentar e para qual foi criada. Assim, um hospital acaba tendo, enquanto organização, as mesmas características que os próprios doentes. Nossas organizações psiquiátricas, nossas terapias, nossas teorias e nossas técnicas têm também a mesma estrutura que os fenômenos que enfrentamos. Tornaram-se – e são apenas – organizações e cumprem, portanto, uma função igual de manutenção e controle da clivagem: uma tendência à burocratização. (118)

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho baseou-se nas informações obtidas através de gestores dos serviços de saúde mental. Entendo que ao se falar sobre o cuidado ao trabalhador, é importante considerar uma diversidade de atores, mas principalmente o próprio trabalhador. Entretanto, como trabalhadora da RAPS desde minha formação como especialista, tenho conhecimento da dinâmica dos serviços e do processo de trabalho das equipes de saúde mental dos CAPS, bem como a relação dos trabalhadores com a gestão – utilizando um pouco da minha experiência pessoal na análise e pontuando o viés desta pesquisa. Compreendendo que a gestão realiza a interface do cuidado entre os profissionais e a instituição, e com conhecimento amplo dos diferentes núcleos. Além disso, os gestores são trabalhadores que representam os demais profissionais do CAPS, muitos com trajetória de longa data na instituição. Assim, optei por realizar a coleta de dados com esta categoria específica, embora pontuo como limitação desta pesquisa o fato de não ter feito a escuta com os demais trabalhadores.

Em relação aos resultados, é possível perceber pelas falas das entrevistas uma concordância entre as dificuldades enfrentadas e estratégias utilizadas pela gestão. Há uma visão semelhante no que concerne o papel do gestor, em relação à posição de escuta dos trabalhadores, tentativa de olhar crítico aos processos de trabalho, manutenção dos espaços coletivos, além da proposta de mudanças quando identificado sofrimento entre uma pessoa ou a equipe no geral. Também se percebe algum grau de sofrimento da gestão ao lidar com situações que estão além de seu controle, que envolvem decisões políticas ou por parte da instituição.

Provavelmente, esta similaridade de pensamentos e ideias da gestão dos CAPS de Campinas esteja associada ao histórico da saúde mental no município. Os gestores entrevistados têm uma trajetória de formação como trabalhadores da rede, alguns com residência em saúde mental pela Unicamp, o que demonstra um perfil de comprometimento com as propostas da reforma psiquiátrica. Isso vai de encontro a uma gestão mais participativa e com olhar humanizado para usuários e trabalhadores. Mas nem todos os CAPS ou serviços de saúde mental possuem o mesmo modelo de gestão.

Por fim, que este trabalho possa contribuir para as discussões sobre as práticas de gestão e os riscos psicossociais relacionados ao trabalho, permitindo um incentivo aos cuidados dos trabalhadores de saúde, especialmente saúde mental.

9.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ribeiro D. Lugar de Fala. São Paulo: Pólen; 2019. 112 p.
2. Medicina UFSCar. Projeto Político Pedagógico do Curso de Medicina - CCBS. São Carlos: UFSCar; 2007.
3. Barros M, Amador F. Clínicas do trabalho: abordagens e contribuições da análise institucional ao problema clínico do trabalho. Trabalho & Educação. 2017;26(3):55–69.
4. Bendassolli PF, Soboll LAP. Clínicas do trabalho: filiações, premissas e desafios. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho. 2011;14(1):59.
5. Gorz A. Metamorfoses do Trabalho. Busca do Sentido: Crítica da razão econômica. 1ª edição. São Paulo: Annablume; 2003. 247 p.
6. Marx K. O Capital – Livro I. 2ª edição. São Paulo: Boitempo; 2014. 894 p.
7. Antunes RLC. Os Sentidos do trabalho. Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2ª edição. São Paulo: Boitempo; 2009. 286 p.
8. Antunes RLC. O Privilégio da Servidão. O novo proletariado de serviços na era digital. 1ª edição. São Paulo: Boitempo; 2018. 328 p.
9. Antunes R. Os exercícios da subjetividade: as reificações inocentes e as reificações estranhadas. Cad CRH. 2011;24(spe1):121–31.
10. Maeno M, Carmo JC. Saúde do Trabalhador no SUS. Aprender com o Passado, Trabalhar com o Presente, Construir o Futuro. São Paulo: Hucitec; 2005.
11. Dejours C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez Editora; 2021. 234 p.
12. Seligmann-Silva E. Trabalho e Desgaste Mental. O direito de ser dono de si. 1ª edição. São Paulo: Cortez Editora; 2011. 739 p.
13. World Health Organization. Psychosocial factors at work: recognition and control. Report of the Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health. Genebra: World Health Organization; 1984.

14. Cox T, Griffiths A. The nature and measurement of work-related stress: theory and practice. Em: Evaluation of Human Work. Abingdon: Routledge; 2005.
15. Leka S, Jain A. Health Impact of Psychosocial Hazards at Work: An Overview. Genebra: World Health Organization; 2010.
16. Leka S, Griffiths A, Cox T. La organización del trabajo y el estrés. Nottingham: World Health Organization; 2004. (Serie protección de la salud de los trabajadores).
17. Lima MEA, organizador. Escritos de Louis le Guillant: da ergoterapia à psicopatologia do trabalho. Petrópolis: Vozes; 2006.
18. Lucca SR de. Fatores Psicossociais e Saúde Mental no Trabalho: Instrumentos de diagnóstico e intervenção. Nova Friburgo: Proteção; 2019. 128 p.
19. Almeida I, Tavanti A, Ghelardi E. Doenças relacionadas ao trabalho, vol. 67. Série Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
20. Harnois G, Gabriel. Mental health and work: impact, issues, and good practices [Internet]. Genebra: World Health Organization; 2000 [citado 15 de agosto de 2023]. Disponível em: http://www.ilo.org/skills/pubs/WCMS_108152/lang--en/index.htm
21. World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva; 2022. 296 p.
22. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Genebra: World Health Organization; 2017.
23. IPEA. Mercado de Trabalho: conjuntura e análise. Brasília: IPEA; 2019.
24. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.339 de 18 de novembro de 1999. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
25. Junior JS da S, Fischer FM. Adoecimento mental incapacitante: benefícios previdenciários no Brasil entre 2008-2011. Rev Saúde Pública. 1º de fevereiro de 2014;48(1):186–90.
26. Smartlab - Promoção do Trabalho Decente Guiada por Dados [Internet]. [citado 15 de agosto de 2023]. Disponível em: <https://smartlabbr.org>

27. Cassini A, Bergeri I. Assessment of risk factors for coronavirus disease 2019 (COVID-19) in health workers: protocol for a case-control study. Geneva: World Health Organization; 2020.
28. Santos B de S. A cruel pedagogia do vírus. São Paulo: Boitempo; 2020. 50 p.
29. Antunes RLC. Coronavírus: O trabalho sob fogo cruzado. Boitempo Editorial; 2020. 52 p.
30. Minayo MC de S, Freire NP. The pandemic exacerbates health inequalities. *Cien Saude Colet*. 2020;3555–6.
31. Delgado D, Quintana FW, Perez G, Liprandi AS, Ponte-Negretti C, Mendoza I, et al. Personal safety during the covid-19 pandemic: Realities and perspectives of healthcare workers in latin America. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(8):1–8.
32. Helioerio MC, Lopes FQR de S, Sousa CC de, Souza F de O, Pinho P de S, Sousa FN e F de, et al. Covid-19: Por que a proteção de trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia? *Trabalho, Educação e Saúde*. 2020;18(3).
33. Teixeira CF de S, Soares CM, Souza EA, Lisboa ES, Pinto IC de M, Andrade LR de, et al. The health of healthcare professionals coping with the Covid-19 pandemic. *Ciencia & saude coletiva*. setembro de 2020;25(9):3465–74.
34. IASC. Interim Briefing Note: Addressing Mental Health and Psychosocial Aspects of COVID-19 Outbreak. IASC; 2020.
35. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM nº 366 de 19 de fevereiro de 2020 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0336_19_02_2020.html
36. Campos GW de S, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública*. fevereiro de 2007;23(2):399–407.
37. Onocko-Campos RT, Furtado JP. Public health and mental health: Methodological tools to evaluate the Brazilian Network of Referral Centers for Psycho-Social Care (CAPS) in the Brazilian Unified Health System. *Cadernos de Saude Publica*. 2006;22(5):1053–62.

38. Wandekoken KD, Dalbello-Araujo M, Borges LH. Efeitos danosos do processo de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. *Saúde em Debate*. 2017;41(112):285–97.
39. Moebus RLN, Merhy EE. A Terceira Margem da Clínica: Produção do Cuidado em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Revista de Saúde Coletiva e Bioética*. 2015;7(2):24–35.
40. Almeida SA de, Merhy EE. Micropolítica do trabalho vivo em saúde mental: composição por uma ética antimanicomial em ato. *Revista Psicologia Política*. abril de 2020;20(47):65–75.
41. Fiocruz. Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19: Recomendação para Gestores. Brasília: Fiocruz / CEPEDES; 2020. 13 p.
42. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM nº 467 de 20 de março de 2020 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado 15 de agosto de 2023]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria no 467-20-ms.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria%20no%20467-20-ms.htm)
43. Tausch A, Souza RO e, Viciano CM, Cayetano C, Barbosa J, Hennis AJ. Strengthening mental health responses to COVID-19 in the Americas: A health policy analysis and recommendations. *Lancet Reg Heal – Am* [Internet]. 1º de janeiro de 2022 [citado 15 de agosto de 2023];5. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(21\)00114-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(21)00114-9/fulltext)
44. Savassi LCM, Bedetti AD, Abreu ABJ de, Costa AC, Perdigão RM da C, Ferreira TP. Ensaio acerca das curvas de sobrecarga da COVID-19 sobre a atenção primária. *JMPHC*. 27 de outubro de 2020;12:1–13.
45. Campos GW de S. O pesadelo macabro da Covid-19 no Brasil: entre negacionismos e desvarios. *Trab educ saúde*. 29 de maio de 2020;18(3):e00279111.
46. Delgado PG. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. *Trab educ saúde*. 6 de maio de 2019;17(2):e0020241.
47. World Health Organization. Proteção da Saúde Mental em Situações de Epidemias. World Health Organization; 2006.
48. Joshi G, Sharma G. Burnout: A risk factor amongst mental health professionals during COVID-19. *Asian J Psychiatr*. dezembro de 2020;54:102300.

49. Pimble C. Therapeutic Effectiveness, Stress, and Burnout in Mental Health Professionals [Internet]. [Filadélfia]: Philadelphia College of Osteopathic Medicine; 2016. Disponível em: https://digitalcommons.pcom.edu/psychology_dissertations/375
50. Borges EM das N, Fonseca CIN da S, Baptista PCP, Queirós CML, Baldonado-Mosteiro M, Mosteiro-Diaz MP. Compassion fatigue among nurses working on an adult emergency and urgent care unit. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 7 de outubro de 2019;27:e3175.
51. Figley CR. Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. Em: *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Filadélfia: Brunner/Mazel; 1995. p. 1–20. (Brunner/Mazel psychological stress series, No. 23).
52. Barbosa S da C, Souza S, Moreira JS. A fadiga por compaixão como ameaça à qualidade de vida profissional em prestadores de serviços hospitalares. *Rev Psicol Organ Trab*. setembro de 2014;14(3):315–23.
53. Gaulejac V de. *Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social*. São Paulo: Editora Ideias e Letras; 2020. 338Editora Ide.
54. Dejours C. Organização do Trabalho e Saúde Mental: Quais são as Responsabilidades do Manager? Em: *Organização do trabalho e adoecimento: uma visão interdisciplinar*. Goiânia: Editora da PUC Goiás; 2016. p. 332.
55. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 276 de 30 de março de 2012 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0276_30_03_2012.htm
56. Zanatta AB, Lucca SR de. Prevalência da síndrome de burnout em profissionais da saúde de um hospital oncohematológico infantil. *Rev esc enferm USP*. abril de 2015;49(2):0253–8.
57. Aciole GG, Pedro MJ. Sobre a saúde de quem trabalha em saúde: revendo afinidades entre a psicodinâmica do trabalho e a saúde coletiva. *Saúde debate*. 6 de maio de 2019;43(120):194–206.
58. Campos GW de S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. Em: Merhy EE, Onocko-Campos R, organizadores. *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 2013.

59. Campos GW de S. Um método para análise e cogestão de coletivos: A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições — O método da roda. São Paulo: Hucitec; 2013. 214 p.
60. World Health Organization. Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic 's impact. Genebra: World Health Organization; 2022.
61. IBGE. Censo demográfico Campinas [Internet]. 2010 [citado 15 de agosto de 2023]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/campinas/panorama>
62. Secretaria de Saúde de Campinas. Área de Assistência à Saúde Mental [Internet]. 2022 [citado 15 de agosto de 2023]. Disponível em: https://saude.campinas.sp.gov.br/programas/saude_mental.htm
63. Deslandes SF, Gomes R, Minayo MC de S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2009. 108 p.
64. Minayo MC de S. O desafio do conhecimento. São Paulo: Hucitec; 2007. 406 p.
65. Denzin NK, Lincoln YS. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. Em: O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 15–41.
66. Rosa MV de FP do C, Arnoldi MAGC. A entrevista na pesquisa qualitativa - mecanismos para validação dos resultados. 1ª edição. Belo Horizonte: Autêntica; 2007. 112 p.
67. Koch IV. A inter-ação pela linguagem. São Paulo: Contexto; 1993. 136 p.
68. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
69. Marchesini IG. Relatório de Informações Sociais do Município de Campinas [Internet]. Campinas: Secretaria Municipal de Assistência Social e Segurança Alimentar de Campinas; 2016. Disponível em: https://smcais-vis.campinas.sp.gov.br/sites/smcais-vis.campinas.sp.gov.br/files/arquivos/relatorio_de_informacoes_sociais_campinas_-_2016_0.pdf
70. Ferigato SH, Carvalho SR. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. Interface (Botucatu). setembro de 2011;15:663–76.

71. Mendes AM, Vieira F de O. Diálogos entre a Psicodinâmica e a Clínica do Trabalho e os estudos sobre coletivos de trabalho e práticas organizacionais. *Farol - Revista de Estudos Organizacionais e Sociedade*. 30 de agosto de 2014;1(1):161–213.
72. Tasca PC, Mahl AC, Biesdorf A. A prática de reuniões de equipes: um dispositivo de cuidado para trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *ACBS*. 2019;10(2):99–106.
73. Tasca PC, Mahl AC, Biesdorf A. A prática de reuniões de equipes: um dispositivo de cuidado para trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Unoesc & Ciência - ACBS*. 2019;10:99–106.
74. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.174 de julho de 2005 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
75. Severo AK de S, L'Abbate S, Campos RTO. A supervisão clínico-institucional como dispositivo de mudanças na gestão do trabalho em saúde mental. *Interface (Botucatu)*. 1º de agosto de 2014;18(50):545–56.
76. Oliveira GN de. O projeto Terapêutico Singular. Em: *Manual de Práticas de Atenção Básica - Saúde Ampliada e Compartilhada*. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 283–97.
77. Abrahão AL. Colegiado gestor: uma análise das possibilidades de autogestão em um hospital público. *Ciênc saúde coletiva*. fevereiro de 2008;13(1):95–102.
78. Cecílio LC de O. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde? *Cad Saúde Pública*. abril de 2005;21(2):508–16.
79. Lins AM, Cecílio LC de O. Campos de intervenções organizacionais: a contribuição das ciências humanas para uma leitura crítica das propostas de gestão das organizações de saúde. *Interface (Botucatu)*. dezembro de 2007;11(23):503–14.
80. Zambenedetti G. Dispositivos de integração da rede assistencial em saúde mental: a experiência do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. *Saude soc*. junho de 2009;18(2):334–45.
81. Dimenstein M. Experiências espanholas e sua contribuição à rede de recursos psicossociais no Brasil. *Estud psicol (Natal)*. dezembro de 2011;16(3):363–72.

82. Campos GW de S. Democratic management and new craft: concepts to rethink integration between autonomy and responsibility in health work. *Cien Saude Colet*. agosto de 2010;15(5):2337–44.
83. Dimenstein M. Experiências espanholas e sua contribuição à rede de recursos psicossociais no Brasil. *Estudos de Psicologia*. 2011;16(3):363–72.
84. de Sousa Campos GW. Democratic management and new craft: Concepts to rethink integration between autonomy and responsibility in health work. *Ciencia e Saude Coletiva*. 2010;15(5):2337–44.
85. Dejours C. Por um novo conceito de saúde. *Rev Bras Saúde Ocup*. 1986;14(54):7–11.
86. Han BC. *A sociedade do cansaço*. Petrópolis: Vozes; 2015.
87. Pereira MAD, Macêdo KB. Suicídio e trabalho: contexto e intervenções possíveis. Em: Damiano RF, Luciano AC, Cruz IDG da, Tavares H, organizadores. *Compreendendo o Suicídio [Internet]*. Santana de Parnaíba: Manole; 2021 [citado 15 de agosto de 2023]. p. 622. Disponível em: <https://www.travessa.com.br/compreendendo-o-suicidio-1-ed-2021/artigo/6e50a866-7a05-4efe-a17d-ef1086cdd30d>
88. Dejours C, Bègue F. *Suicídio e trabalho: o que fazer?* Sobradinho: Paralelo 15; 2010.
89. Seligmann-Silva E. *Trabalho e Desgaste Mental. O direito de ser dono de si*. São Paulo: Cortez Editora; 2011. 739 p.
90. Silva RVS, Deusdedit-Júnior M, Batista MA. A relação entre reconhecimento, trabalho e saúde sob o olhar da Psicodinâmica do Trabalho e da Clínica da Atividade: debates em psicologia do trabalho. *Gerais*. dezembro de 2015;8(2):415–27.
91. Moretto MRG, Padilha V. Quem manda também sofre: um estudo sobre o sofrimento de gestores no trabalho. *Cad Psicol Soc do Trab*. 23 de dezembro de 2020;23(2):157–74.
92. Dantas ESO. The mental health of Brazilian health professionals within the context of the Covid-19 pandemic. Vol. 25, *Interface Commun Heal Educ*. 2021. p. 1–9.
93. Delgado D, Wyss Quintana F, Perez G, Sosa Liprandi A, Ponte-Negretti C, Mendoza I, et al. Personal Safety during the COVID-19 Pandemic: Realities and Perspectives of Healthcare Workers in Latin America. *Int J Environ Res Public Health*. 18 de abril de 2020;17(8):2798.

94. Budde M de FP, Araújo TM de. Processo laboral e a saúde dos trabalhadores em centros de atenção psicossocial. Tópicos em saúde, ambiente e trabalho: um olhar ampliado. 2014;153–80.
95. Guimarães JMX, Jorge MSB, Assis MMA. (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. Ciênc saúde coletiva. abril de 2011;16(4):2145–54.
96. Silva ES. A inter-relação trabalho-saúde mental: um estudo de caso. Rev adm empres. outubro de 1992;32(4):70–90.
97. Dejours C. A Banalização da Injustiça Social. São Paulo: Editora FGV; 2011. 160 p.
98. Organização Mundial da Saúde. Psychosocial factors at work: recognition and control. Report of the Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health. Geneva; 1984. 245 p.
99. Nardi HC, Ramminger T. Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental em tempos de Reforma Psiquiátrica. Physis. 2007;17(2):265–87.
100. Budde M de FP, Araújo TM. Processo laboral e a saúde dos trabalhadores em centros de atenção psicossocial. Em: Fernandes RCP, Lima MAG, Araújo TM, organizadores. Tópicos em saúde, ambiente e trabalho: um olhar ampliado. Salvador: Edufba; 2014. p. 153–80.
101. Pinho ES, Souza ACS, Esperidião E. Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. Ciênc saúde coletiva. janeiro de 2018;23(1):141–52.
102. Dejours C. Work and Self-Development. Critical Horizons. 1º de julho de 2014;15(2):115–30.
103. Razzouk D. Promoção de saúde mental no trabalho. Em: Razzouk D, Lima MGA, Cordeiro Q, organizadores. Saúde Mental e Trabalho. São Paulo: Cremesp; 2016. p. 310.
104. Pereira MAD, Sousa LM. Sofrimento psíquico, gênero e o trabalho na área do cuidado. Em: Organização do trabalho e adoecimento: uma visão interdisciplinar. Goiânia: Editora da PUC Goiás; 2016.
105. Mendes-Gonçalves RB. Saúde, Sociedade e História. Porto Alegre: Hucitec; 2017.

106. Cecílio LC de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. Em: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO; 2006.
107. Campos RTO. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. Em: Campos GW de S, organizador. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2007.
108. Carvalho SR. Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança. 3º ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
109. Dumas RP, Silva GAE, Tasca R, Leite I da C, Brasil P, Greco DB, et al. The role of primary care in the Brazilian healthcare system: limits and possibilities for fighting COVID-19. *Cad Saude Publica*. 2020;(6):e00104120–e00104120.
110. Cruz NF de O, Gonçalves RW, Delgado PGG. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trab educ saúde*. 15 de julho de 2020;18(3):e00285117.
111. Soares RZ, Schoen AS, da Rocha Gomes Benelli K, Araújo MS, Neves M. Analysis of reported work accidents involving healthcare workers and exposure to biological materials. *Rev Bras Med Trab*. 12 de fevereiro de 2020;17(2):201–8.
112. Monteiro VCM, Lucena BA de, Silva CJ de A, Carvalho PR da S, Valença CN, Oliveira KKD de. Trabalho em saúde e as repercussões durante a pandemia de COVID-19: um estudo documental. *Cogitare Enferm*. 29 de outubro de 2021;26:e75187.
113. Glina DMR, Rocha LE. Prevenção do Estresse no Trabalho. Em: Saúde Mental no Trabalho da Teoria à Prática. São Paulo: Roca; 2010.
114. Heloani R, Barreto M. Assédio Moral - Gestão por Humilhação - Prefácios de Giovanni Alves e Ricardo Antunes. 1ª edição. Curitiba: Juruá Editora; 2018. 200 p.
115. Moretto CC, Terzis A. O sofrimento nas instituições e possibilidades de intervenção grupal. *Arq Bras Psicol*. 2010;62(3):42–7.
116. Kaës R, Bleger J, Enriquez E, Fornari F, Fustier P, Roussillon R. A Instituição e as Instituições. São Paulo: Casa Do Psicologo; 1989.

117. Colosio R, Fernandes MIA. Vínculo e instituição como temas básicos da abordagem psicanalítica na formação e no trabalho do psicólogo em instituições públicas. *Psicol USP*. dezembro de 2014;25(3):284–93.
118. Bleger J. *Temas de Psicologia: Entrevistas e grupos*. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2011.

10. APÊNDICE

10.1. Apêndice I: Modelo de entrevista

MODELO DE ENTREVISTA

Nome:

CAPS:

Formação profissional:

1. Há quanto tempo trabalha na gestão? Como é, para você, estar nesta função?
2. Ao longo do seu tempo no CAPS, como você descreveria o processo de trabalho e o clima de trabalho da equipe?
3. Ao longo de sua gestão, já percebeu alguma situação relacionada a adoecimento mental de alguém de sua equipe? Como que foi para você lidar com esta situação?
4. Alguém da equipe já te procurou pra falar sobre o próprio adoecimento psíquico? Como foi esta experiência?
5. O que você considera importante na abordagem com os trabalhadores da equipe (em se tratando do adoecimento mental do profissional)?
6. Quais são as dificuldades nesta abordagem (em se tratando do adoecimento mental do profissional)?
7. Durante o período da pandemia de COVID-19, você percebeu alguma mudança no clima de trabalho ou em relação a alguém de sua equipe? Conte como foi esta mudança e sua reação como gestor, para enfrentar esta situação.
8. Tem mais algum comentário em relação aos tópicos abordados?

10.2. Apêndice II: Termo de consentimento livre e esclarecido

Título da pesquisa: Cartilha de primeiros cuidados em saúde mental para os trabalhadores que atuam nos centros de atenção psicossocial III e de álcool e drogas no município de Campinas

Responsáveis: Prof. Dr. Sérgio Roberto de Lucca e Eliza Piazzetta Carniato

Número do CAAE: 50626221.5.0000.5404

Você está sendo convidado a participar como voluntário desta pesquisa de mestrado profissional ligada ao Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houverem perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Justificativa e objetivos: O objetivo deste trabalho é de construir com a gestão dos Centro de Atenção Psicossocial tipo III e em Álcool e Drogas do município de Campinas, ~~um protocolo~~ uma cartilha de cuidados em saúde mental para os trabalhadores de saúde de suas equipes. Este estudo se justifica, uma vez que com a pandemia de COVID-19, estudos indicam um aumento da demanda de atendimentos em saúde mental, e conseqüentemente, sobrecarga dos serviços e dos trabalhadores da área, bem como aumento do adoecimento psíquico destes trabalhadores.

Procedimentos: Participando do estudo você está sendo convidado(a) a realizar uma entrevista gravada, em que irá responder sobre sua trajetória profissional na gestão do serviço, bem como sua experiência na percepção do processo de adoecimento psíquico e como isto auxiliou na percepção e manejo do adoecimento psíquico de trabalhadores de sua equipe. Você poderá combinar o local e horário da entrevista que durará cerca de 40 minutos e será realizado pelo pesquisador responsável.

Desconfortos e riscos: Você **não** deve participar deste estudo se caso discordar dos objetivos do mesmo se negando a assinar este termo. Esta pesquisa **não** expõe os participantes a riscos físicos, porém poderá apresentar desconforto em compartilhar informações pessoais ou então sentir-se incomodado ou constrangido em participar da entrevista de duração de aproximadamente 40 min. O entrevistado poderá retirar seu consentimento em participar da pesquisa a qualquer momento, não sendo penalizado por esta decisão.

Assistência e indenização a danos: É assegurado a todos os participantes deste estudo, a assistência integral e imediata, de forma gratuita, pelo tempo que for necessário, caso venha a ocorrer quaisquer danos decorrentes da pesquisa. Todo participante, que em algum momento deste estudo, vier a sofrer qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa, será devidamente indenizado. Os participantes serão devidamente orientados antes de participarem das entrevistas e terão suas dúvidas sanadas em quaisquer etapas da pesquisa.

Ressarcimento: Sua participação é voluntária e não haverá necessidade de ressarcimento dos participantes, visto que a pesquisa será realizada durante a data e o horário escolhido por você, em comum acordo com o pesquisador. Os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação nesta pesquisa, previsto ou não neste termo de consentimento livre e esclarecido, terão direito à indenização.

Benefícios: Os benefícios aos participantes podem não ocorrer diretamente ou em curto prazo, visto que o a implementação as ações de promoção da saúde do trabalhador visando reduzir o adoecimento mental no trabalho são de responsabilidade do pesquisador, porém cabe às instituições participantes, o papel de implantar as medidas preventivas e construídas em conjunto.

Sigilo e privacidade: Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado. Armazenamento de material: Durante o desenvolvimento da pesquisa é responsabilidade do pesquisador elaborar e apresentar ao CEP ou ao CONEP, os relatórios do projeto, sempre que forem solicitados. Os resultados das gravações serão mantidos em arquivo digital, sob a guarda e responsabilidade do pesquisador, por cinco anos após o término da pesquisa, seguindo as exigências da Portaria nº 466/12, inciso XI. Contato: Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com Eliza Piazzetta Carniato, Rua Camargo Paes, número 538, Campinas, CEP 13073-350; telefone (19) 981235813, e-mail: elizapzz@yahoo.com.br e Sergio Roberto de Lucca; telefone (19) 35218018; email: slucca@fcm.unicamp.br

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação no estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP):
Rua:

Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 35218936; e-mail: cep@fcm.unicamp.br .

Consentimento livre e esclarecido: Após ter sido esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome _____ do(a) _____ participante:

Data: ____/____/____

(Assinatura do participante ou nome e assinatura do responsável)

Responsabilidade do Pesquisador: Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

_____ Data: ____/____/____.

(Assinatura do pesquisador)

10.3. Apêndice III: Termo de consentimento livre e esclarecido II

Título da pesquisa: Cartilha de primeiros cuidados em saúde mental para os trabalhadores que atuam nos centros de atenção psicossocial III e de álcool e drogas no município de Campinas

Responsáveis: Prof. Dr. Sérgio Roberto de Lucca e Eliza Piazzetta Carniato

Número do CAAE: 50626221.5.0000.5404

Você está sendo convidado a participar como voluntário desta pesquisa de mestrado profissional ligada ao Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houverem perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Justificativa e objetivos: O objetivo deste trabalho é de construir com a gestão dos Centro de Atenção Psicossocial tipo III e em Álcool e Drogas do município de Campinas, uma cartilha de cuidados em saúde mental para os trabalhadores de saúde de suas equipes. Este estudo se justifica, uma vez que com a pandemia de COVID-19, estudos indicam um aumento da demanda de atendimentos em saúde mental, e conseqüentemente, sobrecarga dos serviços e dos trabalhadores da área, bem como aumento do adoecimento psíquico destes trabalhadores.

Procedimentos: Esta é a segunda etapa da pesquisa, em que você está sendo convidado(a) a participar de uma reunião virtual gravada via videoconferência através da plataforma do Google Meets, com a presença dos outros participantes da pesquisa e o pesquisador. Será combinado previamente um horário e dia em que todos tenham disponibilidade para participarem. A duração da reunião é estimada em 2 horas.

Desconfortos e riscos: Você **não** deve participar deste estudo se caso discordar dos objetivos do mesmo se negando a assinar este termo. Esta pesquisa **não** expõe os participantes a riscos físicos, porém poderá apresentar desconforto em compartilhar informações pessoais ou então sentir-se incomodado ou constrangido em participar da entrevista de duração de aproximadamente 2 horas.

Os dados do Google Meets são criptografados por padrão, sendo que a videochamada será armazenada no Drive do pesquisador. Posteriormente a coleta de dados, o pesquisador irá realizar o download da videochamada e armazenar em arquivo pessoal e intransferível, excluindo o arquivo da plataforma virtual. A participação por meio eletrônico envolve riscos inerentes ao ambiente virtual, como problemas relacionados à conexão com a internet e interrupção em função das limitações das tecnologias utilizadas.

Estão garantidos o sigilo dos participantes e a confidencialidade das respostas dentro das limitações dos pesquisadores. Apesar da utilização de criptografia tanto na transmissão quanto no armazenamento dos dados pela plataforma utilizada para a coleta dos dados da pesquisa, nenhum método de transmissão pela internet e nenhum método de armazenamento eletrônico é totalmente seguro, não sendo possível a garantia de segurança absoluta. Desta forma, ainda que sejam tomadas todas as precauções quanto à proteção dos dados transmitidos e armazenados eletronicamente, cabe informar que há limitações dos pesquisadores para assegurar total confidencialidade e potencial risco de sua violação.

Assistência e indenização a danos: É assegurada a todos os participantes deste estudo, a assistência integral e imediata, de forma gratuita, pelo tempo que for necessário, caso venha a ocorrer quaisquer danos decorrentes da pesquisa. Todo participante, que em algum momento deste estudo, vier a sofrer qualquer tipo de dano

resultante da sua participação na pesquisa, será devidamente indenizado. Os participantes serão devidamente orientados antes de participarem da reunião e terão suas dúvidas sanadas em quaisquer etapas da pesquisa.

Ressarcimento: Sua participação é voluntária e não haverá necessidade de ressarcimento dos participantes, visto que a pesquisa será realizada durante a data e o horário escolhido por você, em comum acordo com o pesquisador. Os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação nesta pesquisa, previsto ou não neste termo de consentimento livre e esclarecido, terão direito à indenização.

Benefícios: Os benefícios aos participantes podem não ocorrer diretamente ou em curto prazo, visto que o a implementação as ações de promoção da saúde do trabalhador visando reduzir o adoecimento mental no trabalho são de responsabilidade do pesquisador, porém cabe às instituições participantes, o papel de implantar as medidas preventivas e construídas em conjunto.

Sigilo e privacidade: Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado. Armazenamento de material: Durante o desenvolvimento da pesquisa é responsabilidade do pesquisador elaborar e apresentar ao CEP ou ao CONEP, os relatórios do projeto, sempre que forem solicitados. Os resultados das gravações serão mantidos em arquivo digital, sob a guarda e responsabilidade do pesquisador, por cinco anos após o término da pesquisa, seguindo as exigências da Portaria nº 466/12, inciso XI. Contato: Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com Eliza Piazzetta Carniato, Rua Camargo Paes, número 538, Campinas, CEP 13073-350; telefone (19) 981235813, e-mail: elizapzz@yahoo.com.br e Sergio Roberto de Lucca; telefone (19) 35218018; email: slucca@fcm.unicamp.br

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação no estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP):
Rua:

Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 35218936; e-mail: cep@fcm.unicamp.br .

Consentimento livre e esclarecido: Após ter sido esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome _____ do(a) _____ participante:

Data: ____/____/____

(Assinatura do participante ou nome e assinatura do responsável)

Responsabilidade do Pesquisador: Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

_____ Data: ____/____/____.

(Assinatura do pesquisador)

11. PRODUTOS TÉCNICOS

11.1. Relatório técnico conclusivo

RELATÓRIO TÉCNICO

(produto técnico resultado do mestrado profissional de Eliza Piazzetta Camiato no programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, sob a orientação do Prof. Dr. Sérgio Roberto de Lucca)

INTRODUÇÃO

É consenso entre as organizações internacionais de saúde e trabalho que, condições de trabalho estressantes e síndromes psicológicas, comportamentais e somáticas estejam interrelacionadas, afetando diretamente a saúde mental do trabalhador e indiretamente a saúde de um coletivo (1). Há uma vasta produção referente a esta temática, sendo identificados alguns fatores específicos de cada indivíduo, os fatores de riscos psicossociais no trabalho (FRPT), que resultam do amálgama entre os aspectos macrossociais e microssociais das organizações, que se articulam entre si e podem levar ao adoecimento mental.

A concepção dos FRPT corresponde as interações entre ambiente de trabalho, condições organizacionais, características das atividades exercidas, competências e necessidades dos trabalhadores, cultura e aspectos extra laborais; que por meio de percepções e vivências, podem influenciar na saúde, no grau de satisfação e desempenho do profissional (2). De maneira mais simplificada, os fatores de riscos psicossociais referem-se aos aspectos do processo e gestão do trabalho, e seus contextos sociais e organizacionais que têm o potencial para causar danos psicológicos e físicos. Apesar do consenso na literatura a respeito dos riscos psicossociais, novas dinâmicas de trabalho e contextos socioambientais, como por exemplo o que se vivenciou com a pandemia do novo coronavírus, podem dar origem a novos riscos ainda não documentados (3).

Entendendo que os FRPT podem desencadear estresse ocupacional, deve-se ressaltar que este também está relacionado com o desenvolvimento de doenças clínicas, absenteísmo, transtornos mentais e aumento do risco para acidentes de trabalho, podendo ocasionar prejuízos e incapacidades à saúde do trabalhador (4). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2019 cerca de um bilhão de pessoas foram diagnosticadas com algum transtorno mental. Ademais, os transtornos mentais configuram a principal causa de incapacidade, sendo responsável pela perda

de um em cada seis anos vividos com incapacidade. Pessoas com transtornos mentais estão mais suscetíveis ao estigma, discriminação e violações de direitos humanos, inclusive em seu ambiente de trabalho (5).

Antes de falar de adoecimento de trabalhadores, faz-se necessário abordar o tema de gestão. No campo administrativo, o termo gerenciamento propõe a ideia de arranjo e organização, com o intuito de atentar ao conjunto dos indivíduos que compõem o coletivo, mobilizando-os para um objetivo comum e em benefício geral. Numa organização, o objetivo da gestão é organizar os trabalhadores, os recursos financeiros e materiais, orientar processos de trabalho e direcionar as equipes, com o intuito de garantir a estabilidade da instituição a qual trabalha (6). Já no campo da saúde, o processo de trabalho é mais dinâmico, uma vez que o gestor tem o desafio de coordenar os diferentes atores presentes na instituição: os *usuários* que, além de serem portadores e produtores de necessidades de saúde, também possuem um campo de saber em saúde; os *trabalhadores*, que operam os saberes técnicos em saúde; e a *organização* em si, que administra questões burocráticas e estabelece as normas deste cuidado em saúde. Sua função não reside apenas na administração de recursos humanos e aspectos administrativos, o gestor é ao mesmo tempo representante da Instituição e precisa cuidar da equipe, atravessado por processos singulares e socioculturais que abrangem o processo saúde-doença, e que exigem manter uma postura ética e transparente com os todos os atores já mencionados. Este papel institucional permite ao gestor a possibilidade de negociação e comunicação entre diversos setores, sendo uma posição de grande potência para identificar os FRPT e compreender alguns processos de adoecimento de sua equipe (7).

Portanto, entendendo este cenário, o objetivo deste projeto de mestrado profissional do Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) foi construir em conjunto com os gestores dos CAPS III e AD, integrantes do estudo, este relatório técnico com propósito de alertar sobre a necessidade de desenvolvimento de propostas de cuidados aos trabalhadores de saúde mental da rede pública do município de Campinas.

METODOLOGIA

Esta pesquisa é um estudo com desenho qualitativo (8,9), através da aplicação de entrevistas abertas realizadas com dez gestores dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS AD (Reviver, Sudoeste, "Antônio Orlando" e Independência) e III (Estação, "Antônio da Costa Santos", Esperança, "Novo Tempo", "Davi Capistrano" e

Integração) do município de Campinas. A escolha da metodologia de entrevistas abertas, teve como principal objetivo a oportunidade de expressão e reflexão da práxis e experiência de ser gestor (a) de um CAPS, com toda a complexidade e desafios requeridos da gestão e abordados nos temas apresentados.

A primeira parte da pesquisa foi a realização de entrevistas individuais com os gestores de cada serviço, realizados nos seus respectivos CAPS, em salas reservadas e sem a presença de membros da equipe. A entrevista foi guiada a partir de um roteiro de questões abertas, referentes ao processo de trabalho em saúde mental e relações com os trabalhadores da equipe, para compreender a percepção da gestão em relação ao adoecimento psíquico destes profissionais. Após esta primeira etapa, os gestores foram convidados para uma videoconferência pela plataforma do Google Meets, para validação deste relatório, já em sua versão final.

Os dados obtidos não serão utilizados para outras finalidades e ficarão sobre a guarda dos pesquisadores por um período de cinco anos após o término desta pesquisa, observados o dever de sigilo e confidencialidade, de acordo com as diretrizes da norma 466/2012 do CEP.

RESULTADOS

Após a transcrição e leitura das entrevistas, foram definidas seis categorias de análise: *Competências de Gestão*; *Gestão de Coletivo*; *Gestão Individual Conflitos Supervisor e Equipe de Saúde Mental*; *Sinais de Adoecimento Mental* (com subgrupos das respectivas causas e alternativas de cuidado); *Processos de Trabalho e Dificuldades da Administração* (com subgrupos referentes a insumos, trabalhadores e institucional). Tais categorias auxiliaram no processo de compreensão do papel da gestão, a percepção dos gestores diante de processos de adoecimento da equipe, bem como estratégias de intervenção diante destas situações.

Sobre as *Competências de Gestão* foram apontados a capacidade do gestor de conciliar as pessoas, sejam usuários, trabalhadores da equipe, trabalhadores da rede de saúde ou Instituição; capacidade de cuidar e acolher os trabalhadores, pensando no individual e coletivo simultaneamente; manter a neutralidade nas avaliações profissionais, buscando compreender o contexto de cada situação; conseguir combinar as tarefas mais burocráticas desta função com o cuidado com o trabalhador e também com os usuários do serviço. Já, em se tratando das dificuldades em conciliar a *Gestão do Coletivo*, nos aspectos apontados sobre os gestores, se destacam: o cuidado do trabalhador além das competências do gestor, manejando para que não ultrapasse

limites não terapêuticos; desenvolvimento das potências do grupo de trabalhadores diante de situações adversas (exemplo, a pandemia); buscar estratégias de cuidado de saúde mental coletiva, através de intervenções no processo de trabalho; atenção a comunicação entre os profissionais e informações que chegam ao serviço; cuidado da própria saúde mental; profissionalização constante dos trabalhadores; e proteção da equipe diante de uma situação de adoecimento no serviço.

Em relação a *Gestão Individual*, algumas especificidades foram abordadas como a solidão do gestor – apesar das figuras de apoio existentes no distrito de referência do serviço e administrativas - no processo de decisão diante de um trabalhador adoecido, principalmente do ponto de vista mental; articulação para manutenção e valorização dos espaços coletivos (momentos de lazer da equipe, supervisão institucional, educação permanente); acesso cuidadoso aos trabalhadores com sinais de adoecimento, buscando garantir um espaço de acolhimento. Um fator agravante, também apontado nesta categoria, foi a eclosão da pandemia, em que se notou o medo dos profissionais em se contaminarem e da redução da equipe devido ao adoecimento destes, seja por questões clínicas ou mentais, comprometendo também os processos de trabalho e o relacionamento entre os próprios trabalhadores e a equipe.

No que tange os *Processos de trabalho*, foram relatadas as dificuldades dos gestores para manter a dinâmica das equipes e um movimento constante de garantir os espaços coletivos de decisão dos projetos terapêuticos e da própria equipe. Para isso foram adotadas as seguintes estratégias: melhorar os canais de comunicação entre os trabalhadores dos diferentes turnos e núcleos; buscar o feedback constante da equipe, para otimizar os processos de trabalho nos diferentes núcleos; estabelecer protocolos de cuidados e atendimentos (durante a pandemia), sem descaracterizar o funcionamento do CAPS; incentivar os trabalhadores na reflexão sobre os problemas apontados e busca por soluções coletivas. Quando há a percepção de divergências, garantir um espaço em que as pessoas possam se sentir ouvidas no coletivo e, quando necessário, acolhimento individual do trabalhador. No entanto, há limitações desta atuação dos gestores, bem como também do que a rede pode ofertar – sendo que isto ficou mais evidente no período da pandemia com a escassez de recursos e dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Quanto às *Dificuldades da Administração*, os gestores apontaram carência de insumos; entrave na rede de cuidados ao trabalhador; pouco acesso ao núcleo de cuidado dos trabalhadores; ausência de um sistema de avaliação continuado dos trabalhadores; preocupação com o manejo não ser interpretado como assédio.

Desta forma, ao longo das reflexões trazidas nas entrevistas, foram apontadas algumas propostas e estratégias de cuidado dos trabalhadores, além dos recursos existentes na rede pública:

1. Ampliação da equipe de cuidado para os trabalhadores, em situações de crise. Pensar no melhor fluxo de encaminhamento e atendimento dos trabalhadores afetados após vivenciar uma situação de crise (ex.: violência, situação traumática em ambiente de trabalho), para que possa ser realizado um acolhimento e escuta diferenciada;
2. Pensar o núcleo de cuidados aos trabalhadores como espaço para abordar demandas de saúde mental com a celeridade que os casos requerem, buscando preservar a identidade do trabalho e facilitar seu cuidado em saúde mental;
3. Ampliar a comunicação entre a gestão e o núcleo de cuidados aos trabalhadores, pensando em estratégias de prevenção e cuidados dos riscos psicossociais no ambiente de trabalho;
4. Possibilidade de oferta, organizada pela instituição, de atendimentos com diferentes núcleos de profissionais em formato social e acessível;
5. Espaços terapêuticos reservados apenas para os trabalhadores, semelhante aos espaços de convivência;
6. Realização de dinâmicas reflexivas com a equipe e grupos de escuta, visando melhorar os vínculos entre trabalhadores;
7. Descrição de matriz de competências dos cargos, no âmbito dos CAPS, para que se possa realizar treinamentos específicos e estabelecer critérios para a avaliação de desempenho individual do profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organização Mundial da Saúde. Psychosocial factors at work: recognition and control. Report of the Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health [Internet]. Geneva; 1984. 245 p. Available from: https://www.who.int/occupational_health/publications/ILO_WHO_1984_report_of_the_who_committee.pdf. Acesso em 27 de julho de 2022
2. Tom Cox AG. The nature and measurement of work-related stress: theory and practice. In: Evaluation of Human Work. 3rd ed. CRC Press; 2005. p. 1048.
3. Stavroula Leka AJ. Health Impact of Psychosocial Hazards at Work: An Overview [Internet]. Geneva; 2010. Available from:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44428/9789241500272_eng.pdf;jsessionid=F01D6BBC2C53A4BB2EAFB85A93671074?sequence=1

4. Serafim A da C, Campos ICM, Cruz RM, Rabuske MM. Riscos psicossociais e incapacidade do servidor público: um estudo de caso. *Psicol Ciência e Profissão*. 2012;32(3):686–705.
5. Osborn TL, Wasanga CM, Ndeti DM. Transforming mental health for all. *The BMJ*. 2022.
6. Gaulejac V de. *Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social*. São Paulo: Editora Ideias e Letras; 2020. 338 Editora Ide.
7. Ferigato S, Carvalho SR. O poder da gestão e a gestão do poder. In: Carvalho SR, Ferigato S, Barros ME, editors. *Conexões: Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade*. São Paulo: Hucitec; 2009. p. 417.
8. Deslandes SF, Gomes R, Minayo MC de S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Vozes; 2009. 108 p.
9. Denzin NK, Lincoln YS. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 15–41.

11.2. Palestra ou conferência

Link: <https://www.youtube.com/watch?v=EgdPFsrWdcE>



Conectando Saberes #16 - Saúde Mental no Ambiente de Trabalho: Reflexões para o Abril Verde

Link: <https://www.youtube.com/watch?v=JoGwKZFSWQ0>



Entendendo o Suicídio entre Trabalhadores - Rede Margarida

Rede Margarida
167 inscritos

Inscrito

48



Compartilhar



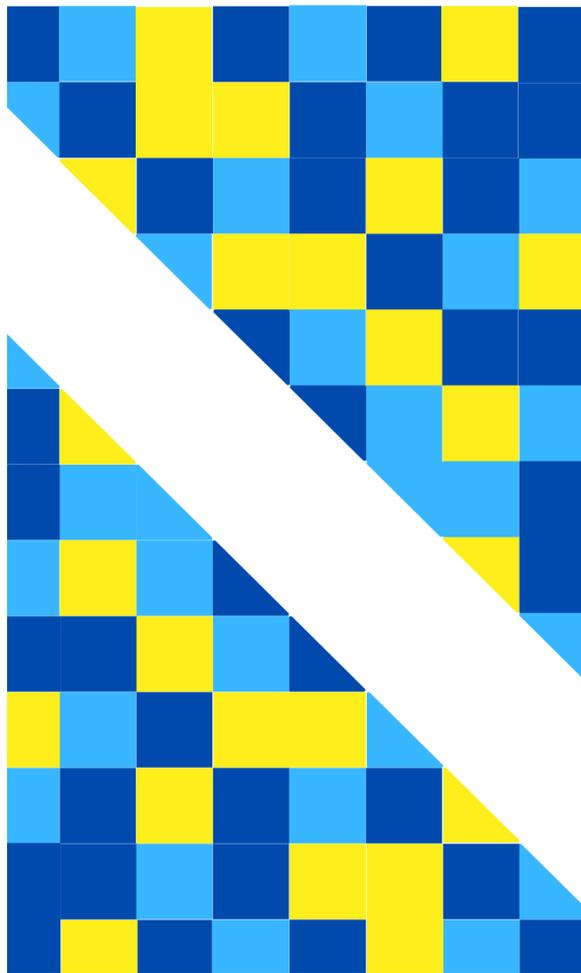
11.3. Produto de editoração

RECONHECENDO O SOFRIMENTO MENTAL

Para gestores da saúde mental

Um guia para auxiliar nas relações entre gestores
e equipes de saúde mental

Eliza Piazzetta Carniato
Sergio Roberto de Lucca



UNICAMP
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
BIBLIOTECA

Ficha catalográfica elaborada por
Maristella Soares dos Santos
CRB8/8402

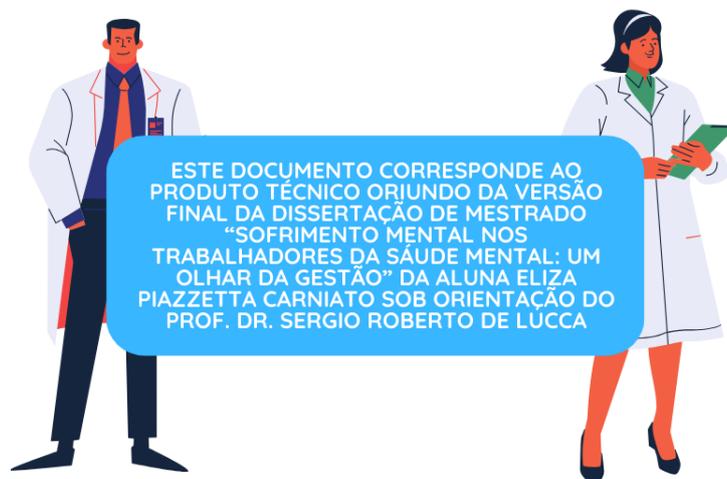
C217r Carniato, Eliza Piazzetta, 1990-.

Reconhecendo o sofrimento mental : para gestores da saúde mental / Eliza Piazzetta Carniato, Sergio Roberto de Lucca. - Campinas, SP : [Edição do autor], 2023.
6 p. : il. PDF.

Modo de acesso: World Wide Web:
<<https://www.bibliotecadigital.unicamp.br/bd/index.php/detalhes-material/?code=115014>>

1. Saúde mental. 2. Angústia psicológica. 3. Serviços de saúde mental. I. Lucca, Sérgio Roberto de, 1957-. II. Título.

CDD. 616.8905





RECONHECENDO O SOFRIMENTO MENTAL

Para gestores da saúde mental

SAÚDE MENTAL E TRABALHO: QUAL A RELAÇÃO?

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde mental não é meramente uma ausência de doenças mentais, mas sim uma condição de bem estar em que o indivíduo consegue utilizar suas próprias habilidades, lidar com situações de estresse diários, sentir-se capaz de ser produtivo e contribuir para a sociedade.

Uma das formas de atuação na sociedade é através do trabalho, que ocupa um lugar importante na vida da maioria das pessoas. O trabalho, por atuar na construção da subjetividade humana, afeta as relações de prazer e sofrimentos humanos. A manifestação deste sofrimento pode ocorrer através de distúrbios individuais ou coletivos de trabalhadores.

Assim, é importante que a organização garanta a possibilidade de desenvolvimento de atividades de trabalho que façam sentido ao indivíduo, para que este consiga se desenvolver conforme suas habilidades e expectativas, sentir-se desafiado sem ter que realizar algo sem utilidade. A avaliação de aspectos promotores de saúde ou adoecedores vinculados aos meios de produção são fundamentais para a compreensão da dinâmica do adoecimento e sua influência nos fenômenos psíquicos.

PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Com a pandemia de COVID-19, houve um aumento no adoecimento mental na população e entre os trabalhadores de saúde.

Sobrecarga de trabalho, aumento das horas, preocupação com contexto mundial, medo, luto, adoecimento clínico foram alguns fatores que desencadearam sofrimento nesta categoria profissional.

SEGUNDO A OMS, HOVE UM AUMENTO DE 25% NOS CASOS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO MUNDIALMENTE



FATORES DE RISCO PSICOSSOCIAIS NO TRABALHO

Já é reconhecido que condições de trabalho estressantes e transtornos mentais e comportamentais estão diretamente relacionados.

A concepção dos fatores de riscos psicossociais no trabalho (FRPT) apresenta-se como uma proposta desafiadora, visto que envolve as percepções e experiências subjetivas dos trabalhadores, em associação com condições do trabalho na instituição.

Em sua definição, os FRPT correspondem: às interações entre ambiente de trabalho, condições organizacionais, características da função exercida, competências e necessidades dos trabalhadores, cultura e aspectos extra laborais. Estes fatores, por meio de percepções e vivências, podem influenciar na saúde, no grau de satisfação e desempenho do profissional.

O GESTOR E SEU PAPEL NO CUIDADO aos trabalhadores

Quando um trabalhador é submetido a novas formas de trabalho e determinados fatores de risco psicossocial no ambiente de trabalho (apresentando dificuldade de adaptar-se ou lidar com esta nova situação), ele está suscetível a adoecer. Portanto, o gestor tem papel fundamental na percepção do sofrimento/adoecimento do trabalhador, bem como pensar em ações organizacionais que possam contribuir para isto.

SINAIS DE ALARME



SINTOMAS INDIVIDUAIS

- Dores generalizadas
- Alterações no sono
- Aumento da pressão arterial
- Impaciência
- Irritabilidade
- Aumento no consumo de álcool ou drogas
- Cansaço
- Alteração de memória
- Sintomas ansiosos
- Dificuldade de concentração
- Isolamento
- Sentimento de perseguidoriedade

SINTOMAS COLETIVOS

- Faltas recorrentes
- Acidentes de trabalho
- Diminuição da produtividade
- Conflitos interpessoais na equipe
- Rotatividade dos trabalhadores
- Licenças e afastamentos
- Aumento dos custos pra organização

REFLETINDO SOBRE O PAPEL DO GESTOR

O gestor em saúde tem o desafio de coordenar os diferentes atores que surgem na instituição: trabalhadores, a organização em si e os usuários. No campo da saúde, o gestor não atua apenas na administração de recursos humanos e aspectos administrativos, pois é permeado por processos singulares e socioculturais que abrangem o processo saúde-doença, exigindo uma postura transparente e coesa com os atores já mencionados.

CONDUTAS NÃO APROPRIADAS DA GESTÃO

- **EXERCÍCIO DO PODER:** práticas relacionais são a base das relações de poder. Relações interpessoais em que há assimetria hierárquica com fins de humilhação do trabalhador, realizar críticas quando ao processo de trabalho em frente a outros trabalhadores e utilizar a avaliação pessoal como forma de desestabilização emocional são estratégias que perpetuam a violência no ambiente de trabalho e entre as pessoas;
- **PRÁTICAS DISCRIMINATÓRIAS:** tais práticas, além de serem consideradas crime, podem gerar o isolamento do indivíduo de seu grupo de trabalho, podendo ocasionar adoecimento psíquico e sensação de não pertencimento coletivo no trabalho. Exemplos de situações são: mudanças de horário do almoço e dos intervalos em comparação com os colegas, omissão de informações quanto a reuniões, divisão desigual da carga horária e incentivo a concorrência entre trabalhadores;
- **PRÁTICAS AUTORITÁRIAS:** embora se considere a importância de estabelecer regras em relação trabalho/ambiente de trabalho, para auxiliar nas condutas e no funcionamento adequado da equipe e do ambiente, estas diretrizes devem ser coerentes com o processo de trabalho. Estas não devem ser utilizadas de maneira punitiva, individualizada, gerando a sensação de perseguidoriedade entre os trabalhadores. Pode-se citar: o controle abusivo das pausas e das atividades realizadas pelo trabalhador; solicitação abusiva de relatórios ou outros documentos, sem finalidade técnica; procedimentos disciplinares infundados; pouca flexibilidade em relação aos pedidos dos trabalhadores quanto a mudanças na rotina ou solicitações de férias/abono; horas extras não compensadas; entre outros;
- **INABILIDADE DE GESTÃO COM A EQUIPE:** quando o gestor estabelece relação direta com a organização do trabalho, com pouca ou nenhuma autonomia do trabalhador e pouca escuta para as demandas da equipe. Definir instruções confusas ou, questionar procedimentos após sua realização. Fixar objetivos e metas irreais, bem como exigir tarefas limites próximas aos horários de saída do trabalhador.



ASSÉDIO MORAL

É considerado qualquer comportamento frequente, violento, de condutas abusivas dirigidas a um coletivo ou indivíduo do grupo, com intenção de forçar uma auto exclusão, humilhar ou constranger uma pessoa em seu ambiente de trabalho. A repetição destes atos, durante a jornada de trabalho, ocasiona danos a saúde psíquica e física do trabalhador.

CLASSIFICAÇÃO DO ASSÉDIO MORAL

ASSÉDIO MORAL INTERPESSOAL: ocorre de maneira individual, com o intuito de segregar o trabalhador ou prejudicá-lo na relação com a equipe.

ASSÉDIO MORAL INSTITUCIONAL: ocorre quando a organização tolera e não impede tais práticas, sendo muitas vezes perpetuadora desta prática. Utiliza de cargos de chefia para incentivar estratégias organizacionais assediadoras, com objetivo de incentivar a competição e aumentar a produtividade.

Situações que configuram assédio moral:

- Retirar a autonomia do trabalho e contestar suas decisões com frequência;
- Ignorar a presença da pessoa, principalmente na frente de outros colegas de trabalho;
- Utilizar apelidos pejorativos;
- Utilizar de linguagem desrespeitosa ao se dirigir ao trabalhador;
- Desconsiderar agravos de saúde da pessoa;
- Depreciar o trabalhador através de redes sociais;
- Retirar função sem motivo prévio ou honesto;
- Vigilância excessiva de suas atividades no ambiente de trabalho;
- Definir prazos e metas inatingíveis.

Situações que NÃO configuram assédio moral:

- Exigências profissionais acordadas previamente com a gestão;
- Conflitos interpessoais;
- Más condições de trabalho;
- Utilizar de novas tecnologias para o controle da frequência dos trabalhadores;
- Aumento do volume de trabalho.

ATENÇÃO!

Situações isoladas configuram práticas assediadoras, mas não necessariamente assédio moral. Para a ocorrência deste, como já abordado, é necessário que as violências sejam constantes em um período de tempo, com o objetivo de desestabilizar emocionalmente o indivíduo.



COMPETE AO GESTOR:

- Ajudar sua equipe, ou seja, ter amplo conhecimento e experiência sobre o processo de trabalho, bem como conhecimento técnico para compartilhar com os trabalhadores;
- Coordenar as inteligências individuais afim de melhor distribuir as tarefas entre os membros da equipe, estabelecer objetivos e sequências do trabalho;
- Garantir espaços formais e informais de deliberação entre os trabalhadores;
- Capacidade de escutar sua equipe, não apenas o profissional de saúde de forma individual, estabelecendo um elo de confiança mútuo;
- Capacidade de decidir conflitos a partir do poder que lhe é conferido;
- Acolher o trabalhador vulnerável, desde o período de afastamento de suas atividades laborais até sua reintegração;
- Estabelecer boa comunicação entre a equipe e a instituição, transmitindo as informações a partir de sua própria interpretação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado da saúde do trabalhador e prevenção dos transtornos mentais, é também de responsabilidade da gestão. Promover estratégias organizacionais colaborativas e que tornam o ambiente de trabalho saudável, é uma boa prática para evitar violências e práticas assediadoras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Dejours C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez Editora; 2021. 234 p.
- Seligmann-Silva E. Trabalho e Desgaste Mental. O direito de ser dono de si. 1a edição. São Paulo: Cortez Editora; 2011. 739 p.
- World Health Organization. Psychosocial factors at work: recognition and control. Report of the Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health. Geneva: World Health Organization; 1984.
- Cox T, Griffiths A. The nature and measurement of work-related stress: theory and practice. Em: Evaluation of Human Work. Abingdon: Routledge; 2005.
- Dejours C. Organização do Trabalho e Saúde Mental: Quais são as Responsabilidades do Manager? Em: Organização do trabalho e adoecimento: uma visão interdisciplinar. Goiânia: Editora da PUC Goiás; 2016. p. 332.
- World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva; 2022. 296 p.
- Lucca SR de. Fatores Psicossociais e Saúde Mental no Trabalho: Instrumentos de diagnóstico e intervenção. Nova Friburgo: Proteção; 2019. 128 p.
- Bendassolli PF & Soboll LAP. Clínicas do Trabalho. Belo Horizonte: Artesã; 2021. 331 p.
- Tolfo SR. Gestão de pessoas e saúde mental do trabalhador: fundamentos e intervenções com base na psicologia. São Paulo: Editora Vetor; 2020.
- Heloani R, Barreto M. Assédio Moral - Gestão por Humilhação - Prefácios de Giovanni Alves e Ricardo Antunes. 1a edição. Curitiba: Juruá Editora; 2018. 200 p.



12. ANEXOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CARTILHA DE PRIMEIROS CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL PARA OS TRABALHADORES QUE ATUAM NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III E DE ÁLCOOL E DROGAS NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS

Pesquisador: Sergio Roberto de Lucca

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 50826221.5.0000.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.084.708

Apresentação do Projeto:

As informações contidas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram obtidas dos documentos apresentados para apreciação ética e das informações inseridas pelo Pesquisador Responsável do estudo na Plataforma Brasil.

Introdução:

1. INTRODUÇÃO

1.1. CONTEXTO MUNDIAL: COVID-19 Em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan na China, foram detectados os primeiros casos de pneumonia atípica ocasionadas pelo novo coronavírus, conhecido por coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2). A doença causada por este coronavírus, a COVID 19, apresenta um espectro clínico diverso, com variações de quadro assintomáticos a graves acometendo principalmente o sistema respiratório.¹ Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou o surto como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, sendo que em março do mesmo ano, foi caracterizada como uma pandemia.² Sabe-se que as epidemias são emergências da área de saúde, visto que são ameaças às vidas das pessoas e causam número elevado de doentes e mortes, sobrecarregando os serviços de saúde e alterando o funcionamento de uma comunidade.³ Embora já tenhamos vivenciado epidemias de outros coronavírus, como o da síndrome respiratória leste (MERS-CoV) em 2012 e SARS-CoV em 2002, as características deste patógeno, como alta

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@unicamp.br



Continuação do Parecer: 5.084.706

capacidade de disseminação e virulência, trouxeram muita insegurança e mudanças no contexto mundial.^{2,4}

1.2. TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL Considerando que a transmissão do coronavírus ocorre através de contato direto com pessoas contaminadas, um dos maiores risco de contaminação são para trabalhadores da área de saúde.⁵ Serviços de saúde, tanto de urgência como ambulatoriais, precisaram se adaptar a rotina de identificação de casos e triagem, com atualização constante sobre os sintomas e sinais da COVID-19. Da mesma forma, se fizeram necessárias mudanças no ambiente de trabalho, desde a implementação de equipamentos de proteção individual a mudanças no estilo de realizar os atendimentos.⁵ Diante da conjuntura de insegurança e medo, de contaminação própria e aos que estão próximos, o papel do trabalhador de saúde mental tem se tornado crucial no fornecimento de apoio e cuidados psicológicos às pessoas que não apresentam recursos psíquicos para lidar com a situação em curso, bem como para amenizar o sofrimento mental provocados pelo isolamento social e promover qualidade de vida.⁶ Ainda em relação a saúde mental, o Comitê Permanente entre Agências (IASC) elaborou um documento com diretrizes e recomendações em resposta a pandemia. As intervenções propostas consideram um espectro de necessidades psicossociais, que vão desde a interferência em questões socioculturais em serviços básicos a serviços especializados, respeitando os direitos do indivíduo assistido.⁷ No cenário da saúde mental do Brasil, o atendimento de pacientes psiquiátricos na rede pública é feito principalmente na modalidade ambulatorial através da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS tem a finalidade de articular com a atenção básica e ampliar os pontos de atenção à saúde de pessoas com sofrimento emocional e transtornos mentais, sendo constituída de pelos serviços de Unidades Básicas de Saúde, Centros de Convivência, serviços de pronto atendimento e urgência, e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).⁸ Em 2002, com a Portaria do Ministério da Saúde nº 336, é instituído o CAPS como modelo de atenção em saúde mental, sendo definido suas modalidades (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad e CAPSij), sendo um serviço integrado ao SUS em substituição a proposta de internação em hospital psiquiátrico. Possui uma equipe multidisciplinar, responsável por oferecer atendimento em caráter ambulatorial individual, em grupo ou no território. Diante destas características, o trabalho no CAPS tem suas particularidades pois atua diretamente com a subjetividade humana, fazendo uso de diferentes dispositivos terapêuticos e apresentando relações interpessoais intensas, tornando o cotidiano desafiador.⁹ No contexto de pandemia, foram orientadas medidas de prevenção para serviços especializados, bem como novas estratégias para os atendimentos, sendo alguns: educação continuada sobre o contágio para grupos de vulnerabilidade psicossocial; capacitação continuada da equipe; uso de tecnologias de informação

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@unicamp.br



Continuação do Parecer: 5.084.706

e comunicação; redefinição de critérios de atenção em crise e identificação precoce dos casos de sofrimento psicossocial; atendimento online ou presencial respeitando normas de segurança; aplicação dos Primeiros Cuidados Psicológicos ofertados por todos os profissionais; e monitoramento dos casos à distância.¹⁰ O recurso de atendimento em telemedicina também foi uma das mudanças extraordinárias – já adotada também por outros conselhos como o Conselho Federal de Psicologia¹¹ - contemplando o atendimento médico e suporte assistencial em modalidade de consulta, através de tecnologias de informação e comunicação.¹² Sendo assim, houveram mudanças significativas na forma de promover saúde nestes espaços bem como utilização de novos recursos pelas equipes. A adaptação a esta nova dinâmica, bem como o testemunho de um nível crescente de demandas por atendimento, são possíveis fatores de adoecimento para estes trabalhadores.¹³

1.3. TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO A Organização Mundial de Saúde (OMS – International Labour Office, 1984) reconhece as evidências entre condições de trabalho estressantes e síndromes psicológicas, comportamentais e somáticas nos trabalhadores.¹⁴ A concepção dos fatores psicossociais no trabalho apresenta-se como uma proposta desafiadora, visto que envolve as percepções e experiências singulares do trabalhador, bem como condições ambientais do local do trabalho. Em sua definição, corresponde às interações entre ambiente de trabalho, condições organizacionais, características da função exercida, competências e necessidades dos trabalhadores, cultura e aspectos extra laborais; que por meio de percepções e vivências, podem influenciar na saúde, no grau de satisfação e desempenho do profissional.¹⁵ De maneira mais simplificada, os riscos psicossociais referem-se aos aspectos do plano e gestão do trabalho, e seus contextos sociais e organizacionais que têm o potencial para causar danos psicológicos e físicos.¹⁶ Como é observado, apesar do consenso na literatura a respeito dos riscos psicossociais (Quadro 1), novas dinâmicas de trabalho e contextos socioambientais, como por exemplo o que se vivencia com a pandemia do novo coronavírus, podem dar origem a novos riscos ainda não documentados.¹⁶ Comumente, a concepção de saúde mental no trabalho tende a centralizar a responsabilidade no indivíduo, ao invés da organização. Para entender o contexto desta afirmação, é necessário retomar sobre a evolução do processo de trabalho ao longo da história. Foi Taylor quem desenvolveu a ideia de que os trabalhadores deveriam ser controlados de forma rígida em seus movimentos e tempo gasto, monitorados por gestores de linha de produção que elaboram o projeto para execução por trabalhadores manuais. Com Ford, houve a instituição deste processo de produção de trabalho, ampliando e disseminando a lógica baseada no taylorismo-fordista. Entretanto, no início da década de 70, houve uma crise do capitalismo e

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@unicamp.br



Continuação do Parecer: 5.084.706

reestruturação produtiva, com transformações no processo de produção e emergência do neoliberalismo. Assim, o trabalho passa a utilizar da flexibilização de funções, da terceirização de mão de obra e deslocalização produtiva, e envolvimento participativo do trabalhador. Portanto, implanta-se um regime de trabalho visando valorizar espaços produtivos, focando em competências, qualidades e aumento da produtividade dos trabalhadores. Estas transformações tiveram consequências importantes como heterogeneização entre os trabalhadores, enfraquecimento e fragmentação dos direitos trabalhistas e união entre profissionais, bem como na concepção individual do trabalhador quanto ao seu trabalho, introjetando a responsabilidade pelo adoecimento psíquico.¹⁷ Entretanto, uma política abrangente de saúde mental no trabalho inclui principalmente uma avaliação da saúde mental da própria organização empregadora, uma vez que o ambiente de trabalho está diretamente relacionado aos impactos na saúde e bem-estar.¹⁸ Questões referentes à saúde mental são uma das causas mais importantes de incapacidade ao trabalhador, trazendo consequências não somente ao indivíduo, mas também à instituição. Observa-se como resultado do adoecimento psíquico dos trabalhadores: absenteísmo; prejuízo na performance do trabalho; mudanças de comportamento do indivíduo; e problemas no relacionamento interpessoal.¹⁸ Assim, mudanças na natureza do trabalho e na sua organização apresentam-se como um desafio para a saúde e segurança ocupacional, uma vez que os impactos direto e indireto nas relações de trabalho ameaçam os sistemas tradicionais já implantados.¹⁶ No Brasil, as repercussões mentais do trabalho com manifestações clínicas correspondentes a diagnósticos da Classificação Internacional de Doenças (CID 10), foram reconhecidas pelo Ministério da Saúde a partir da Portaria nº1339/GM, em 1999.¹⁹ Segundo dados da Previdência Social, os transtornos mentais e comportamentais têm sido uma das principais causas de concessão de benefício por auxílio doença e afastamento de atividades laborais no país, demonstrando a gravidade da situação.²⁰

1.1.3. SÍNDROME DE BURNOUT A síndrome de burnout relacionada ao trabalho, segundo Maslach²¹, é um distúrbio psicológico que envolve uma resposta prolongada aos estressores presentes no ambiente de trabalho. Particularmente, envolve uma tensão crônica que é resultado de desajuste entre o trabalhador e seu trabalho. Este fenômeno envolve três dimensões principais da resposta ao estresse crônico: sensação predominante de exaustão; sentimentos de cinismo ou desapego em relação ao trabalho; e sensação de ineficácia ou incapacidade.²² Entende-se por estresse a interação de um conjunto complexo de fenômenos dinâmicos (sejam ambientais, biológicos ou químicos), agindo sob um indivíduo e desencadeando uma resposta física e/ou emocional.¹⁶ O estresse relacionado ao trabalho pode ser definido como prejudicial, do ponto de

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@unicamp.br



Continuação do Parecer: 5.084.706

vista físico e emocional, quando as demandas ou competências para o trabalho não são compatíveis com as capacidades e habilidades técnicas, recursos e necessidades do trabalhador.¹⁸ Foi em 1970 que se iniciaram os estudos sobre burnout, Freudenberg, em 1974, publica um artigo relatando experiências pessoais com a síndrome de Burnout, bem como definição e sintomatologia. As primeiras pesquisas sobre o tema eram realizadas em profissionais com contato humano intenso, principalmente as que são responsáveis por atender as necessidades de outras pessoas.²² Em 1980, estudos robustos e com metodologia sistemática começaram a emergir, bem como o desenvolvimento do instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI), que é utilizado até os dias de hoje e avalia as atribuições já descritas anteriormente.²³ A síndrome pode trazer diversas consequências a saúde, não somente psíquicas, mas também físicas como: alterações cardiovasculares, diabetes, dor crônica e acidentes de trabalho. Sabe-se que as pessoas, quando em exaustão, podem apresentar prejuízos cognitivos para se comportar com segurança e responder de maneira inadequada às instruções.²⁴ Com a pandemia do coronavírus, alguns estudos tem identificado os impactos psicossociais nos trabalhadores de saúde, principalmente nos que atuam na linha de frente dos cuidados. Os profissionais de saúde necessitam ter sua saúde mental monitorada frequentemente, principalmente diante da possibilidade de surgimento de sintomas psíquicos graves. Além disso, a identificação de antecedentes de fatores de risco e exposição a gatilhos para este adoecimento, são de fundamental importância na prevenção do adoecimento e de Burnout.^{25,26,27}

1.4. SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL A magnitude de uma pandemia pode ocasionar perturbações psicossociais em todas as esferas de uma sociedade. É estimado um aumento na incidência dos transtornos mentais (dentre eles transtorno de estresse pós-traumático, transtornos por uso de substâncias, depressão e ansiedade), bem como aumento dos problemas emocionais e sociais, já esperados como reações a esta nova realidade.³ Como já abordado anteriormente, sabe-se que os trabalhadores de saúde também estão vulneráveis a esgotamento emocional e adoecimento mental. No entanto, há poucos estudos que abordam as possíveis consequências da pandemia de COVID-19 para esta população. Acredita-se que os trabalhadores de saúde mental, podem experimentar o contágio emocional, ou seja, podem mimetizar expressões e posturas dos pacientes que estão atendendo, de modo a convergir de forma emocional e expressar as mesmas emoções negativas relatadas por quem está em tratamento. Estes sentimentos podem desencadear nestes profissionais um aumento de estresse e exaustão emocional.^{13,28} Outra possibilidade seria a de vivência, por parte destes profissionais, de Estresse Traumático Secundário, ou Fadiga de Compaixão. Trata-se de uma síndrome

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@unicamp.br



Continuação do Parecer: S.084.706

ocupacional originária do estresse gerado pela exposição à incidentes que outra pessoa experimenta, e que também causa sintomas psíquicos. É uma consequência natural de comportamentos e emoções resultantes do conhecimento de vivência de um evento traumático por alguém próximo – ou de ajudar alguém em sofrimento. 13,29

Com as restrições de isolamento social e uso de recurso de teleatendimento, torna-se desafiador para os trabalhadores de saúde mental o acompanhamento dos pacientes. Devido a impossibilidade de atendimentos presenciais, o uso de tecnologias auxilia no contato, mas não substitui a interação face-a-face, podendo também prejudicar no exame psíquico. Dessa forma, o profissional pode experimentar sentimentos de angústia e incapacidade.13,29 Diante do exposto é essencial que sejam tomadas medidas precoces de cuidado para os trabalhadores de saúde mental. Com aumento da demanda que é prevista após o término da pandemia, estes trabalhadores precisam estar saudáveis, do ponto de vista mental, para absorver a demanda de mais pacientes.

1.5. PRIMEIROS SOCORROS PSICOLÓGICOS Em 2011, a Organização Mundial de Saúde e a Organização Pan Americana da Saúde no Brasil desenvolvem um protocolo de assistência a pessoas afetadas por desastres naturais ou situações traumáticas, que necessitam de acolhimento imediato. Este cuidado envolve uma resposta humanizada e de acolhimento às pessoas que estejam em situação de sofrimento, podendo ser realizado por pessoas que receberam a capacitação para este tipo de assistência, respeitando a dignidade e a cultura de quem for assistido.³⁰ Os Primeiros Cuidados Psicológicos têm como objetivo oferecer apoio estruturado e cuidados não invasivos, avaliando e ajudando as pessoas a suprirem suas necessidades básicas, garantir um espaço de escuta e acolhimento, e proteger a pessoa quanto a outros danos.³⁰

Hipótese:

Com aumento da demanda de atendimentos em saúde mental no período de pandemia, e conseqüentemente sobrecarga dos serviços e dos trabalhadores da área, é esperado um aumento do adoecimento psíquico destes trabalhadores. Assim, este trabalho visa identificar em conjunto com gestores dos serviços, sintomas de adoecimento psíquico nos trabalhadores de saúde, e construir uma abordagem de intervenção e cuidado precoce no local de trabalho baseada nos Primeiros Cuidados em saúde mental. Esta experiência de intervenção pode servir como um modelo a ser utilizado em outros serviços públicos de saúde mental.

Metodologia:

Metodologia Proposta: Proposta de estudo qualitativo, através da aplicação de entrevistas abertas realizadas com nove gestores dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS AD (Reviver, Sudoeste,

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@unicamp.br



Continuação do Parecer: 5.084.706

"Antônio Orlando" e Independência) e III (Estação, "Antônio da Costa Santos", Esperança, "Davi Capistrano" e Integração) do município de Campinas. As entrevistas individuais terão seus áudios gravados mediante o consentimento prévio dos gestores (anexo I), e ocorrerão no local de trabalho deles, em horário agendado (com duração prevista de 40min) e ambiente preservado. A entrevista seguirá a partir de um roteiro de questões abertas (anexo II), referentes ao processo de trabalho em saúde mental e relações com os trabalhadores da equipe, para compreender a percepção da gestão em relação ao adoecimento psíquico destes profissionais. Após estes encontros, o material gravado será analisado pelos pesquisadores e as narrativas categorizadas em grupos temáticos, com intuito de identificar as impressões quanto aos sinais de adoecimento dos trabalhadores, informações coincidentes no manejo de situações de crise entre os membros da equipe e eventuais dúvidas que possam surgir. Para a preservação do sigilo, as narrativas de cada gestor receberão um nome fictício (G1, G2, G3...), e devolvidos previamente aos nove gestores digitalmente, via endereço eletrônico, para análise. Após esta primeira etapa, os gestores serão convidados para uma videoconferência através da plataforma do Google Meets, para validação do material produzido, conforme disponibilidade de horário e consentimento (anexo III), e elaboração em conjunto da cartilha de orientação. O termo de consentimento desta etapa será entregue em conjunto com o primeiro termo de consentimento, durante a primeira etapa das entrevistas presenciais. O encontro será gravado, conforme autorização dos participantes e com duração estimada de 2 horas. O objetivo desta segunda etapa será a construção de um protocolo uma cartilha de cuidados e atenção aos trabalhadores, para que os gestores possam identificar os sinais de gravidade e iniciar os primeiros cuidados em saúde mental. Também, buscase estabelecer estratégias de aperfeiçoamento nas relações horizontais entre chefia e trabalhadores, facilitar a comunicação do trabalhador em sofrimento mental. Os dados obtidos não serão utilizados para outras finalidades e ficarão sobre a guarda dos pesquisadores por um período de cinco anos após o término desta pesquisa, observados o dever de sigilo e confidencialidade, de acordo com as diretrizes da norma 468/2012 do CEP.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: O objetivo deste projeto é construir uma cartilha, a partir das percepções dos nove gestores do município de Campinas, em relação ao adoecimento mental dos trabalhadores de sua equipe.

Objetivo Secundário:

1. Identificar, através de entrevistas individuais com os nove gestores, as estratégias que têm sido

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas			
Bairro: Barão Geraldo	CEP: 13.083-887		
UF: SP	Município: CAMPINAS		
Telefone: (19)3521-8936	Fax: (19)3521-7187	E-mail: cep@unicamp.br	



Continuação do Parecer: 5.084.706

adotadas para manejos de situações de adoecimento mental dos trabalhadores da sua equipe no ambiente de trabalho, bem como facilidades e dificuldades de cada um nestas intervenções;

2. Identificar, através da percepção dos nove gestores, se houve uma piora do adoecimento dos trabalhadores de suas equipes no período da pandemia de COVID-19;
3. Discutir com os nove gestores, os resultados consolidados das entrevistas e elaborar uma cartilha de recomendações de cuidados em saúde mental para os trabalhadores de suas equipes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo informações do pesquisador:

Riscos: Esta pesquisa não expõe os participantes a riscos físicos, porém poderá apresentar desconforto em compartilhar informações pessoais ou então sentir-se incomodado ou constrangido em participar da entrevista.

Benefícios: Contribuir para cuidados em saúde mental dos trabalhadores da rede assistencial.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este protocolo se refere ao Projeto de Pesquisa intitulado "CARTILHA DE PRIMEIROS CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL PARA OS TRABALHADORES QUE ATUAM NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III E DE ÁLCOOL E DROGAS NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS", título apresentado na versão final apresentada ao Comitê de Ética, cujos pesquisadores responsáveis são o Prof. Sergio Roberto de Lucca orientador, e ELIZA PIAZZETTA CARNIATO, aluna do programa de Mestrado profissional em saúde coletiva: Políticas e gestão em saúde do trabalhador, da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. A pesquisa foi enquadrada na Área Temática Grande Área 4 - Ciências da Saúde e embasará a dissertação de mestrado da pesquisadora. A Instituição Proponente é Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Segundo as Informações Básicas do Projeto, a pesquisa tem financiamento próprio, com orçamento estimado o valor de R\$ 400,00 (quatrocentos reais). O cronograma apresentado contempla início do estudo para novembro de 2021 com término em agosto de 2022. Serão abordados ao todo 9 participantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram analisados os seguintes documentos de apresentação obrigatória:

- 1 - Folha de Rosto Para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos: Foi apresentado o documento "folhaderosto.pdf". Adequado.
- 2 - Projeto de Pesquisa: Foram analisados os documentos "Projetomodificadoll.pdf", e

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@unicamp.br



Continuação do Parecer: 5.084.706

"PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1783611.pdf", de 22/10/2021. Adequados.

3 - Orçamento financeiro e fontes de financiamento: Informações sobre orçamento financeiro incluídas nos documentos "Projetomodificadoll.pdf", e "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1783611.pdf", de 22/10/2021. Adequados.

4 - Cronograma: Informações sobre o cronograma incluídas nos documentos "Projetomodificadoll.pdf", e "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1783611.pdf", de 22/10/2021. Adequado.

5 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Foi apresentado o documento " TCLEmodificadolll.pdf", de 22/10/2021. Adequado.

6 - Currículo do pesquisador principal e demais colaboradores: Contemplados no documento Contemplados no documento Lista de Envolvidos no Projeto de Pesquisa. Adequado.

7- Documentos necessários para armazenamento de material biológico humano em biorrepositório conforme a Resolução CNS 441/11, itens 2.II e 6, Portaria MS 2.201/11, Capítulo II, Artigos 5º e Capítulo III, Artigo 8 e Norma Operacional CNS Nº 001/2013 anexo II: Não se aplica.

8 - Outros documentos que acompanham o Protocolo de Pesquisa:

Cartarespostall.pdf

Recomendações:

A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), do Conselho Nacional de Saúde (CNS) orienta a adoção das diretrizes do Ministério da Saúde (MS) decorrentes da pandemia causada pelo Coronavírus SARS-CoV-2 (Covid-19), com o objetivo de minimizar os potenciais riscos à saúde e a integridade dos participantes de pesquisas e pesquisadores.

De acordo com carta circular da CONEP intitulada "ORIENTAÇÕES PARA CONDUÇÃO DE PESQUISAS E ATIVIDADE DOS CEP DURANTE A PANDEMIA PROVOCADA PELO CORONAVÍRUS SARS-COV-2 (COVID-19)" publicada em 09/05/2020, referente ao item II. "Orientações para Pesquisadores":

- Aconselha-se a adoção de medidas para a prevenção e gerenciamento de todas as atividades de pesquisa, garantindo-se as ações primordiais à saúde, minimizando prejuízos e potenciais riscos, além de prover cuidado e preservar a integridade e assistência dos participantes e da equipe de pesquisa.

- Em observância às dificuldades operacionais decorrentes de todas as medidas impostas pela pandemia do SARS-CoV-2 (COVID- 19), é necessário zelar pelo melhor interesse do participante da pesquisa, mantendo-o informado sobre as modificações do protocolo de pesquisa que possam afetá-lo, principalmente se houver ajuste na condução do estudo, cronograma ou plano de trabalho.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@unicamp.br



Continuação do Parecer: 5.084.706

- Caso sejam necessários a suspensão, interrupção ou o cancelamento da pesquisa, em decorrência dos riscos imprevisíveis aos participantes da pesquisa, por causas diretas ou indiretas, caberá aos investigadores a submissão de notificação para apreciação do Sistema CEP/Conep.
- Nos casos de ensaios clínicos, é permitida, excepcionalmente, a tramitação de emendas concomitantes à implementação de modificações/alterações no protocolo de pesquisa, visando à segurança do participante da pesquisa, assim como dos demais envolvidos no contexto da pesquisa, evitando-se, ainda, quando aplicável, a interrupção no tratamento dos participantes da pesquisa. Eventualmente, na necessidade de modificar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o pesquisador deverá proceder com o novo consentimento, o mais breve possível.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências e/ou inadequações solicitadas anteriormente foram atendidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

- O participante da pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (quando aplicável).
- O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (quando aplicável).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@unicamp.br



Continuação do Parecer: 5.084.706

adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas e aguardando a aprovação do CEP para continuidade da pesquisa. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

- Lembramos que segundo a Resolução 466/2012, item XI.2 letra e, "cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento".

- O pesquisador deve manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1783811.pdf	22/10/2021 21:46:32		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmodificadoIII.pdf	22/10/2021 21:45:14	Sergio Roberto de Lucca	Aceito
Outros	Cartarespostall.pdf	22/10/2021 21:39:45	Sergio Roberto de Lucca	Aceito
Brochura Pesquisa	ProjetomodificadoII.pdf	22/10/2021 21:39:17	Sergio Roberto de Lucca	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	22/10/2021 21:38:28	Sergio Roberto de Lucca	Aceito
Outros	Cartaresposta.pdf	24/09/2021 08:11:06	Sergio Roberto de Lucca	Aceito

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@unicamp.br



Continuação do Parecer: 5.084.706

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmodificadol1.pdf	24/09/2021 08:10:59	Sergio Roberto de Lucca	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmodificadol1.pdf	24/09/2021 08:10:51	Sergio Roberto de Lucca	Aceito
Brochura Pesquisa	Projetomodificado.pdf	24/09/2021 08:10:41	Sergio Roberto de Lucca	Aceito
Outros	Carteirafuncional.jpeg	09/08/2021 16:16:57	Sergio Roberto de Lucca	Aceito
Outros	AtestadoMatricula.pdf	12/07/2021 16:10:41	Sergio Roberto de Lucca	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetodePesquisa.pdf	08/07/2021 09:22:35	Sergio Roberto de Lucca	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/07/2021 09:21:34	Sergio Roberto de Lucca	Aceito
Declaração de concordância	Oficio_095_2021_alteracao_pesquisador_ELIZA_PIAZZETTA_CARNIATO_1387273.pdf	08/07/2021 08:00:12	Rodrigo Caetano Alves	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	SOLICITACAO.pdf	03/07/2021 10:03:47	ELIZA PIAZZETTA CARNIATO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 08 de Novembro de 2021

Assinado por:

Renata Maria dos Santos Celeghini
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@unicamp.br