

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

JOSÉ MARIA XIMENES GUIMARÃES

**SATISFAÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL:
O CASO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE
FORTALEZA-CEARÁ**

FORTALEZA - CEARÁ

2007

JOSÉ MARIA XIMENES GUIMARÃES

**SATISFAÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL:
O CASO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE
FORTALEZA-CEARÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Políticas e Serviços de Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge

FORTALEZA – CEARÁ

2007

Universidade Estadual do Ceará
Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

Titulo do trabalho: SATISFAÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL: O
CASO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE FORTALEZA-CEARÁ

Autor: José Maria Ximenes Guimarães

Defesa em: 30/10/2007

Conceito obtido: _____

Nota Obtida: _____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge
Universidade Estadual do Ceará

Profa. Dra. Marluce Maria de Araújo Assis
Universidade Estadual de Feira de Santana

Prof. Dr. Ernani Vieira de Vasconcelos Filho
Universidade Estadual do Ceará

Aos meus pais, **Gerardo e Fátima**, que na sua humildade e simplicidade sempre me apoiaram nos desafios e vibraram comigo nas conquistas; pela formação sempre fundamentada na valorização da educação, da honestidade, da lealdade, e no respeito ao próximo.

A minha amiga, companheira, namorada e esposa **Eva D'Ávila**, pelo incentivo e colaboração no meu crescimento pessoal e profissional, por saber compreender e aceitar a minha ausência durante essa empreitada, sempre torcendo pelo meu sucesso e fornecendo elementos essenciais para o êxito deste trabalho: incentivo, amor, compreensão e amizade sincera.

Aos meus filhos, **José Luis e Ana Clara**, a quem tanto privei da minha presença durante esse trabalho, pelo carinho e amor sem limites. Por me inspirarem cada vez mais a buscar o crescimento profissional e me possibilitarem vivenciar o processo de aprendizagem da arte de educar.

Ao meu irmão, **Lauricí** (*in memoriam*), pelo companheirismo e pelo apoio incondicional durante a sua breve convivência conosco nessa dimensão.

AGRADECIMENTOS

Durante a trajetória da vida, quase sempre nos deparamos com percalços, obstáculos e dificuldades que se apresentam em nossa caminhada como um anjo mal que resiste aos nossos desejos. Para superá-los e, conseqüentemente, logarmos êxito na empreitada, precisamos contar com pessoas, amigas ou não, que nas trocas cotidianas, nos conflitos e contradições imprimem em nós as suas marcas ao contribuir para o nosso crescimento pessoal e sucesso profissional. Nesse momento, mesmo sob o sério risco de deixar de mencionar o nome de alguém, quero agradecer a todos que, de alguma forma, contribuíram para esse sonho se tornar realidade, em particular, aqueles que estiveram mais próximos durante o desenvolvimento desse estudo.

Primeiramente, a **Deus**, por sempre se fazer presente na minha vida, por ser refúgio nos momentos de angústia e aflição, fonte inesgotável de fé e esperança, fazendo-me acreditar que “tudo é possível Naquele que me fortalece”.

A toda **minha família**, pelo apoio incondicional, mesmo quando isso os tenha privado da minha presença por longos dias.

À Profa. **Dra. Maria Salete Bessa Jorge**, pelo apoio, incentivo, pela instigação para que eu buscasse cada vez mais o aprofundamento teórico, durante a construção desse trabalho; por ter compreendido os meus anseios e as dificuldades encontradas; por ter aberto novas oportunidades possibilitando-me vislumbrar outros horizontes. Enfim, obrigado pela confiança, por apostar em mim e pela amizade sincera construída durante essa trajetória.

À Profa. **Dra. Marluce Maria de Araújo Assis**, pela valorosa colaboração teórico-metodológica na construção desse estudo, por ocasião da qualificação; por nos honrar com a sua presença na banca de defesa.

Ao amigo **Germane Pinto**, com quem pude compartilhar dúvidas e dificuldades. Obrigado pelo apoio e incentivo, e acima de tudo pela amizade sincera.

Ao **corpo docente** do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da UECE, pela valorosa contribuição na formação deste pesquisador.

Às colegas do mestrado, em particular, **Eysler Brasil, Márcia Cardinalle e Keylla Menezes**, pelo companheirismo durante o curso.

À secretária do Mestrado em Saúde Pública, **Mairla Alencar**, pela cordialidade e receptividade sempre presentes nos gestos. Enfim, por estar sempre disponível a nos auxiliar na resolução dos problemas técnico-administrativos que se apresentaram no decorrer do curso.

À **D. Maria**, querida funcionária da copa do Mestrado, que sempre nos recebe com alegria e descontração; por na sua simplicidade, procurar nos auxiliar e nos servir com gentileza e carinho.

A todos os **trabalhadores de saúde mental** dos CAPS de Fortaleza que gentilmente aceitaram colaborar com a nossa pesquisa. A vocês que são mais trabalhadores, são militantes na luta por um serviço de saúde mental resolutivo e pautada na inclusão social e no respeito aos direitos do sujeito portador de sofrimento psíquico, meu muito obrigado.

À **Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP)**, pelo apoio financeiro para o desenvolvimento desse estudo, ao conceder uma bolsa de mestrado ao pesquisador.

RESUMO

Estudo sobre a satisfação dos trabalhadores de saúde mental, tendo como objetivos analisar as concepções dos trabalhadores de saúde mental acerca de satisfação e/ou insatisfação no trabalho; descrever as satisfações e/ou insatisfações dos trabalhadores de saúde mental em sua articulação com o trabalho e a produção de subjetividades a partir do campo relacional das tecnologias leves. Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada em três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Fortaleza-Ceará, cujos sujeitos foram 19 trabalhadores dessas instituições de saúde. Como método de análise dos dados adotei a análise de conteúdo numa aproximação da perspectiva crítico-reflexiva proposta por Minayo. Os resultados possibilitaram evidenciar as concepções de satisfação no trabalho dos trabalhadores de saúde mental, bem como os determinantes da (in)satisfação no trabalho presentes no cotidiano dos sujeitos da pesquisa. Entre os principais aspectos de insatisfação estão os salários e as condições de trabalho no referente às instalações físicas, bem como a precarização do trabalho. Quanto à satisfação, as principais causas referidas são relações estabelecidas no ambiente de trabalho, sobretudo com os usuários. Foi possível detectar a presença de conflitos no campo relacional, principalmente no tocante à relação estabelecida com os coordenadores dos serviços. Além disso, foram evidenciados aspectos que contribuem para a redução da qualidade do serviço, os quais comprometem a resolubilidade do serviço. Por fim, a conclusão do estudo é que no cotidiano dos CAPS estão presentes tanto os aspectos relacionados à satisfação como à insatisfação dos trabalhadores. Diante disso, sugiro a abertura efetiva de espaços para a implantação e/ou consolidação da co-gestão, alicerçada nas opiniões e/ou decisões dos trabalhadores; o respeito aos princípios da Administração Pública no referente à contratação somente por concurso público, garantindo-se os direitos trabalhistas, inclusive com a implantação de um plano de cargos e salários; adoção de uma política concreta e abrangente de educação continuada; reformas dos CAPS no sentido de melhorar-lhes as estruturas físicas; e aquisição de materiais e equipamentos necessários à consecução das atividades dos trabalhadores em qualidade e quantidade suficientes.

Palavras-chave: Satisfação no trabalho, Trabalhadores de saúde mental, Serviços de saúde mental; Centros de Atenção Psicossocial

SUMMARY

Study about the satisfaction of mental health workers, having as objectives to analyze the conceptions of mental health workers about the satisfaction and/or dissatisfaction in work; to describe the satisfactions and/or dissatisfactions of mental health workers in their articulation with the work and the production of subjectivities from the relational field of soft technologies. This is a qualitative research, done in three Psychosocial Attention Centers from Fortaleza-Ceará. The subjects of study were 19 workers of these institutions of health. The method of data analysis adopted was the content analysis in an approximation of critical-reflexive perspective proposed by Minayo. The results make possible to highlight the conceptions of satisfaction in work of mental health workers as well as determinant of (in) satisfaction in work present in daily of subjects of research. Among the main aspects of dissatisfaction are the wages and the conditions of work relating the physical installations, as well as the worsening of work. Regarding the satisfaction, the main causes referred to relations established in work ambient, mainly with the users. It was possible to detect the presence of conflicts in relational field, mainly regarding the relation established with the coordinators of services. Besides, it was highlighted aspects that contribute to reduction of service quality, which ones compromise the resoluteness of service. At last, the conclusion of study is that in daily of CAPS are present as the aspects related to satisfaction as dissatisfaction of workers. Thus, suggest the effective opening of spaces to implementation and/or consolidation of co-management, based upon opinions and/or decisions of workers; the respect to principles of Public Administration regarding the employment only by public contest, guaranteeing the work rights, inclusive with the implantation of duties and wages plan; adoption of a broad and concrete politics of continued education; reforms of Psychosocial Attention Center in sense to better the physical structures of them; acquisition of materials and equipments necessities to consecution of activities of workers in quality and quantity sufficient.

Key- words – Satisfaction in work, Mental health workers, Services of mental health, Psychosocial Attention Centers

SUMÁRIO

RESUMO	07
ABSTRACT	08
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	11
LISTA DE FIGURAS	12
LISTA DE QUADROS	13
Capítulo 1 - Construção do Objeto de Estudo	14
1.1 Aproximação e envolvimento com o objeto de estudo	15
1.1.1 Recorte do objeto de estudo e os pressupostos teóricos	18
Capítulo 2 - Referencial Teórico	25
2.1 Políticas de saúde mental e reforma psiquiátrica brasileira	26
2.2 Trabalho em saúde: organização tecnológica e seus desdobramentos	37
2.2.1 Organização do processo de trabalho em saúde: breve construção teórica	37
2.2.2 Micropolítica do processo de trabalho em saúde mental: em busca da construção do trabalhador coletivo e da produção de vida	44
2.3 Satisfação no trabalho: breve reflexão teórico-conceitual	49
Capítulo 3 - Percurso Metodológico	54
3.1 Natureza do Estudo	55
3.2 O Campo Empírico do Estudo	56
3.3 Sujeitos do Estudo	59
3.4 Técnicas e Instrumentos de Coleta dos Dados	62
3.5 Aspectos Éticos	63
3.6 Etapa Exploratória da Pesquisa	64
3.6.1 A Coleta de Dados	65
3.7 Método de Análise e Interpretação dos dados	66
Capítulo 4 - Satisfação dos trabalhadores de saúde mental: o caso dos Centros de Atenção Psicossocial de Fortaleza-Ceará	71
4.1 Satisfação no trabalho: significados e sentidos atribuídos pelos trabalhadores de saúde mental	72
4.1.1 Prazer e realização no trabalho: necessidades simbólicas dos trabalhadores	73
4.1.2 Satisfação no trabalho em saúde mental é isso: a execução de um trabalho não alienado e em defesa da vida	78
4.2 Trabalho e subjetividade: a (in) satisfação no trabalho e sua interface com as múltiplas relações no <i>setting</i> de trabalho	84
4.2.1 Determinantes psicossociais da (in)satisfação no trabalho	85
4.2.2 Conseqüências da (in)satisfação no trabalho	105
4.2.3 A (in)satisfação no trabalho e sua interface com as tecnologias leves no processo de trabalho em saúde mental	109

Capítulo 5 – Considerações Finais	128
REFERÊNCIAS	134
APÊNDICES	145
Apêndice A - Roteiro de Entrevista	146
Apêndice B - Roteiro de Observação Sistemática	147
Apêndice C - Termo de Consent. Livre e Esclarecido aos Coordenadores CAPS	148
Apêndice D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos Trabalhadores de Saúde mental	149
Apêndice E- Carta à Coordenação Colegiada de Saúde Mental	150
ANEXOS	151
Anexo I - Parecer do Comitê de Ética	152
Anexo II - Carta da Coordenação Colegiada de Saúde Mental	154

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CEPE – Comitê de Ética e Pesquisa

CMASP – Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

GRUPSFE – Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

OIT – Organização Internacional do Trabalho

PROFAE – Programa de Formação Profissional do Auxiliar de Enfermagem

PSF – Programa Saúde da Família

REME – Movimento de Renovação Médica

SER – Secretaria Executiva Regional

SUS – Sistema Único de Saúde

UECE – Universidade Estadual do Ceará

LISTA DE FIGURAS

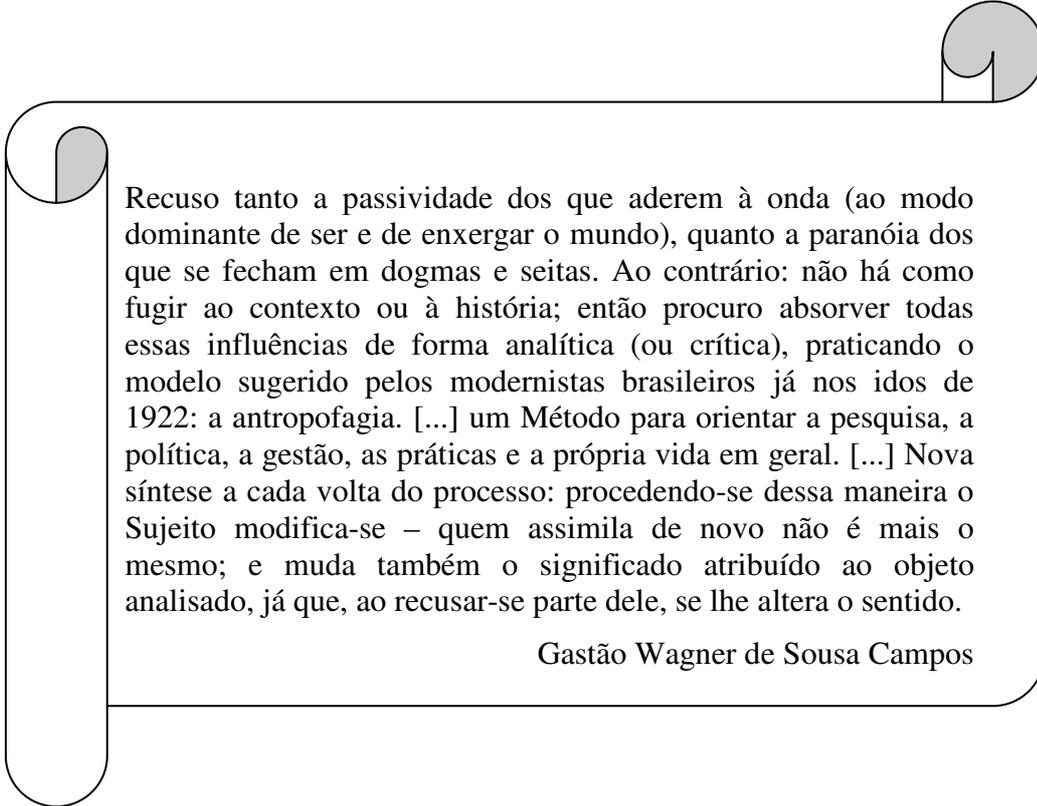
- Figura 1.** Mapa de Fortaleza de acordo com a divisão político-administrativa (Fortaleza, 2007b) 58
- Figura 2.** Fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde proposto por Merhy (2006a) 123

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Serviços substitutivos de saúde mental em Fortaleza, 2007	57
Quadro 2. Demonstrativo dos trabalhadores de saúde mental nos CAPS Geral das SER III, IV e VI	59
Quadro 3. Caracterização dos participantes do estudo. Fortaleza-CE, 2007.	61
Quadro 4. Confronto dos depoimentos do Grupo I (12 pessoas)	67
Quadro 5. Confronto dos núcleos de sentido entre os grupos I e II (19 pessoas)	68
Quadro 6. Categorias empíricas e seu confronto entre os depoimentos do Grupo I	68
Quadro 7. Confronto das categorias empíricas entre os grupos I e II (19 pessoas)	69

Capítulo 1

Construção do Objeto de Estudo



Recuso tanto a passividade dos que aderem à onda (ao modo dominante de ser e de enxergar o mundo), quanto a paranóia dos que se fecham em dogmas e seitas. Ao contrário: não há como fugir ao contexto ou à história; então procuro absorver todas essas influências de forma analítica (ou crítica), praticando o modelo sugerido pelos modernistas brasileiros já nos idos de 1922: a antropofagia. [...] um Método para orientar a pesquisa, a política, a gestão, as práticas e a própria vida em geral. [...] Nova síntese a cada volta do processo: procedendo-se dessa maneira o Sujeito modifica-se – quem assimila de novo não é mais o mesmo; e muda também o significado atribuído ao objeto analisado, já que, ao recusar-se parte dele, se lhe altera o sentido.

Gastão Wagner de Sousa Campos

1 Construção do Objeto de Estudo

1.1 Aproximação e envolvimento com o objeto de estudo

Minha aproximação inicial com o campo saúde mental ocorreu durante a formação acadêmica, no primeiro semestre de 1997, quando cursei a disciplina de Enfermagem Psiquiátrica no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú em Sobral-Ceará. Assim, o primeiro contato foi com o referencial teórico, posteriormente, nesse mesmo semestre, ocorreu o contato com a prática, o qual se deu no estágio supervisionado da referida disciplina, ocorrido na Casa de Repouso Guararapes – hospital psiquiátrico localizado naquele município. Confesso que, no primeiro momento, do contato real com a loucura “encarcerada” nos muros daquele hospital, houve um impacto negativo, pois corroborando com o sentimento de medo vivenciado, ali foi encontrada uma instituição onde o tratamento era pautado na “reclusão do louco”, havia sinais bastante perceptíveis de atos desumanos e da violência institucionalizada, expressos em abandono, descaso com a pessoa em sofrimento psíquico.

O quadro daquele nosocômio era caótico. No entanto, naquele momento era o único equipamento de saúde existente na rede de saúde mental na região, portanto o único campo de prática para a Universidade. Fundado em 1974, consolidou-se como referência regional em assistência psiquiatria, mas foi fechado em 2000 em decorrência de denúncias de maus tratos e óbitos de internos.

Ainda em 1997, no segundo semestre, concluí o curso de graduação. Contudo, diante do impacto negativo causado pela experiência do campo de estágio e pelo fato de ainda não existirem outros equipamentos de saúde mental além do hospital, sendo o mercado de trabalho restrito ao hospital psiquiátrico e praticamente sem oferta de empregos para enfermeiros, distanciei-me da área. Passei, então, a atuar no campo da saúde coletiva, mais especificamente no Programa Saúde da Família (PSF), mas sem aproximação concreta com as questões de saúde mental, pois no município havia sido implantado o programa há apenas um ano, estava em processo de reestruturação da atenção básica. Além disso, predominava o imaginário de que o local para cuidar do sofrimento psíquico era o hospital psiquiátrico. Por conseguinte, o papel da equipe era transferir os usuários para a atenção especializada, como ainda acontece hoje em algumas realidades concretas.

Atuei no Programa Saúde da Família em alguns municípios cearenses até 2002. Posteriormente, participei do processo seletivo para o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, do Ministério da Saúde, cujo objetivo era reorganizar e ampliar a cobertura da atenção básica mediante a fixação de trabalhadores de saúde, médicos e enfermeiros, em municípios pequenos do interior, com baixo índice de desenvolvimento humano e serviços de saúde precários ou inexistentes, onde predominavam indicadores de saúde considerados insatisfatórios (BRASIL, 2001).

Ao ser aprovado na referida seleção, fui lotado em um município do Estado do Amapá, onde fiquei por dois anos (2002 – 2004). Era condição para permanência no programa a participação no Curso de Especialização em Saúde da Família. Nesse sentido, ingressei, ainda em 2002, no referido curso que se realizava na Universidade Federal do Amapá, em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública e com o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba. Em 2003 concluí o curso.

Porém, o curso me pareceu incompleto por não apresentar na sua matriz curricular a disciplina de saúde mental e também por esta não ser abordada em nenhum momento do curso. Isso me inquietava, pois pressupunha que por ter como foco da atenção à família, inserida num território social, e em constante convívio com situações/problemas que repercutem na saúde mental de seus membros, os trabalhadores do PSF deveriam ser habilitados para a identificação e possível intervenção nessas situações.

Na tentativa de suprir essa lacuna, recorria constantemente às leituras de produções científicas nessa área. Nesse aspecto, foi de enorme contribuição à oportunidade de ministrar a disciplina de saúde mental em Cursos de Formação Profissional do Auxiliar de Enfermagem (PROFAE), promovidos no município onde atuava no Amapá.

Na verdade, apesar do distanciamento da práxis específica do campo da saúde mental, a inquietação no sentido de estabelecer uma articulação entre o referencial teórico e as práticas de saúde mental na realidade concreta impulsionava-me a continuar acompanhando, pelo menos teoricamente, a evolução das políticas e reformas ocorridas neste campo, as quais implicavam a ressignificação de saberes e práticas de lidar com “a loucura”.

No final de junho de 2004, o contrato foi rescindindo e, apesar de ser viável, resolvi não renová-lo. Logo, no início do mês seguinte retornei ao Ceará, e me fixei em Fortaleza. Nesse período, ao procurar inserção no mercado de trabalho local, a confluência de oportunidades agraciou-me com a possibilidade de contratação por um serviço de saúde

mental. No começo hesitei por ser uma instituição de natureza hospitalar, pois apesar de saber das reformas acontecidas e das possíveis remodelagens ocorridas nesses ambientes, lembrei-me da primeira experiência nessa área, durante a graduação. No entanto, encarei “o desafio”, por considerar como possibilidade ímpar de mergulhar nesse campo, vislumbrando, efetivamente, estabelecer uma dialética entre a teoria e a prática numa realidade concreta de serviços de saúde mental, embora na perspectiva de um serviço hospitalar.

Essa experiência foi rica porque propiciou a visualização, na realidade concreta, dos avanços, dilemas e desafios da Reforma Psiquiátrica e, conseqüentemente, das políticas de saúde mental.

Na condição de trabalhador, a partir do convívio diário com os pares, o cenário revelou-se permeado por tensões, conflitos e contradições entre o que se construiu teoricamente no campo sociopolítico e técnico-científico e o que se operacionaliza, entre os desejos e as possibilidades concretas de atuação. Enfim, apesar de reconhecerem a sinalização para a construção de rede substitutiva ao modelo psiquiátrico centrado no hospital, paradoxalmente apostavam, implicitamente, na necessidade e subsistência hegemônica desse modelo. Demonstravam, portanto, adaptação satisfatória ao modelo tecno-assistencial em saúde mental, de certa forma tradicional, que se tenta suplantar mediante a implantação de serviços comunitários, de caráter substitutivo a esse modelo. Em meio a essas constatações, germinavam em mim inquietações e o desejo de compreender como os trabalhadores se conformavam nos serviços de saúde mental, tomando como referência a satisfação deles com o trabalho desempenhado.

Simultaneamente passei a fazer parte do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE), no qual ingressei na segunda metade de 2005. Assim, paralelamente à atuação no serviço, comecei a desenvolver atividades de pesquisa especificamente no campo da saúde mental. Naquele momento estava em desenvolvimento o Projeto Organização dos Serviços de Saúde Mental: qualidade dos serviços, acessibilidade, integralidade e participação dos trabalhadores de saúde mental no controle social (JORGE; GUIMARÃES; MORAIS *et al.*, 2007a), que tinha como campo empírico toda rede assistencial de saúde mental de Fortaleza-Ceará, constituída por hospitais e serviços de saúde substitutivos, aqui representados por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

O ingresso no GRUPSFE e o envolvimento na pesquisa, associados à prática assistencial, foram salutareos no processo de formação contínua do pesquisador, mediante a

articulação teoria e prática, serviços e pesquisa. Assim, muitos questionamentos pessoais foram respondidos. No entanto, outros permaneceram abertos e geravam inquietações, em particular o já mencionado anteriormente, referente à conformação e à satisfação dos trabalhadores no campo em estudo.

Desse modo, ao ser aprovado na seleção para o Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública (CMASP), da Universidade Estadual do Ceará (UECE), com ingresso em 2006, diante da instigação para definir o objeto de pesquisa, decidi pela satisfação dos trabalhadores de saúde mental, na perspectiva de aproveitar a oportunidade para buscar respostas a questionamentos e reflexões com as quais já tínhamos familiaridade.

1.1.1 RECORTE DO OBJETO DE ESTUDO E OS PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

A participação no projeto de pesquisa, referido anteriormente, possibilitou uma maior aproximação com a rede de serviços de saúde mental de Fortaleza, tanto com os serviços quanto com os trabalhadores, inclusive dos serviços substitutivos.

A partir daí, enquanto alguns questionamentos permaneceram abertos e geravam inquietações, outros sugeriram mediante os resultados encontrados na pesquisa, por meio de abordagem quantitativa, em particular, os referentes às condições de trabalho e à satisfação dos trabalhadores. Nestes, embora a maioria dos pesquisados afirmasse que as condições de trabalho não eram adequadas, apresentavam elevados níveis de satisfação (JORGE; GUIMARÃES; MORAIS et al, 2007a). Ante esta aparente contradição, senti a necessidade de aprofundá-los. Nessa intenção, decidi pela realização da presente investigação, cujo objeto de estudo, é a análise da satisfação dos trabalhadores de saúde mental, tomando como campo empírico os CAPS, primando por uma abordagem qualitativa do fenômeno, tendo em vista o aprofundamento da questão nos aspectos não revelados na pesquisa anterior.

Ao considerar os CAPS equipamentos de saúde relativamente recentes, sendo que no município de Fortaleza eles têm menos de dez anos de funcionamento, parece pertinente a realização de estudos destinados a investigar a conformação dos trabalhadores nesses novos equipamentos, elegendo como objeto de análise a satisfação deles no (e com o) ambiente de trabalho.

Saliento que neste estudo foi adotada a terminologia trabalhadores de saúde porquanto ela abrange todos aqueles que executam suas atividades ou funções em serviços de saúde, públicos ou privados (BRASIL, 2002), independentemente da categoria profissional, pois todos, desde o porteiro até o diretor/coordenador do serviço, passando pelo médico e demais atores, estão envolvidos diretamente ou indiretamente com os atos de cuidar.

Ao retomar a reflexão sobre os CAPS, é necessário destacar que eles se configuram como equipamentos de saúde mental, propostos como alternativa ao modelo tradicional de atenção psiquiátrica, centrado no modelo biomédico hospitalocêntrico/asilar, percebido como ineficaz, o qual contribuía para a cronificação e exclusão social do portador de transtorno mental (ROCHA, 2005; AMARANTE, 1997; 2007).

Conforme análise de Amarante (1997), os serviços substitutivos resultam de um processo de mudanças ocorridas na área da saúde no Brasil, em particular da saúde mental, desencadeado a partir da década de 1970, viabilizadas com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído legalmente em 1988 com sua inserção no texto constitucional. Todo esse processo teve início com a atuação dos movimentos sociais em prol da democratização da saúde no Brasil. Lutavam, portanto, pela reestruturação do sistema de saúde brasileiro tendo em vista a criação de um sistema de saúde universal, equânime e resolutivo (GERSCHAMAN, 2004). São a maior expressão, a Reforma Sanitária - no âmbito macro do setor saúde, e a Reforma Psiquiátrica, no campo da saúde mental. Esses movimentos de reforma serão abordados mais detalhadamente no próximo capítulo.

Nesse sentido, é preciso ressaltar o seguinte: esse processo de criação de novos serviços, substitutivos ao hospital psiquiátrico, possibilitou a inserção de novos atores, não médicos, na reorganização da assistência à saúde mental, e conseqüente mudança na lógica de organização do trabalho, nos espaços de atuação dos profissionais que agora já não têm somente o hospital/asilo como campo de prática, visto que na dinâmica de reestruturação da assistência impera a criação de alternativas para o tratamento do portador de transtorno mental. Desse modo, diante das novas possibilidades de organização dos processos de trabalho, emergem novas formas de relação entre os trabalhadores, inclusive a necessidade de se trabalhar numa perspectiva interdisciplinar.

Em face dessa discussão, entendo que o trabalho em saúde mental representa um desafio, em virtude de sua dimensão/complexidade. Comporta, assim, diversas interfaces as

quais vão da reestruturação dos serviços à qualidade da assistência prestada, passando pelas relações de trabalho e pela adoção de novos saberes e metodologias de trabalho.

Neste sentido, ao discutir a problemática dos recursos humanos em saúde no Brasil, no contexto das políticas públicas de saúde, Schraiber e Machado (1997: 288), consideram que:

... a assistência produzida e as condições e contextos do trabalho são realidades em que objetivos técnicos estão articulados aos objetivos institucionais sob os quais a técnica se organiza de tal ou qual forma de produzir cuidados. E esta organização representa interesses e políticas administrativas [...]; representa compromissos [...]; representa certas disponibilidades de meios de trabalho, instalações e formas de interagir com a clientela; representa, ainda, maior ou menor satisfação no trabalho. Tudo isso é que conformará os padrões do desempenho profissional, para o conjunto dos trabalhadores, em geral, e com diferenciações dentro de certa gama possível de comportamentos individuais...

Desse modo, acreditar no processo de mudanças em curso no sistema de saúde brasileiro, desde o início dos movimentos de reforma do setor, culminando na implantação do SUS, inserido no contexto das políticas sociais, cujos interesses voltam-se para a reestruturação dos sistemas e serviços de saúde, implantação de novos serviços tendo em vista a ampliação de cobertura e/ou substituição de serviços/modelos vigentes mas não resolutivos, significa assumir o desafio e, ao mesmo tempo, apostar na possibilidade de instaurar uma série de alterações nos mecanismos de gestão e dos processos de trabalho em saúde capazes de atender ao mesmo tempo às necessidades de saúde da população e às de realização profissional e pessoal dos trabalhadores (CAMPOS, 2006a; 2006b).

Dito de outra maneira, no cerne das mudanças, da implantação de novos serviços de saúde, em particular de saúde mental, tendo em vista a construção de serviços de qualidade e resolutivos, torna-se premente a necessidade de, na prática, se procurar sempre arranjos singulares que assegurem ao mesmo tempo: o máximo de eficácia e de produção de saúde; o máximo de eficiência e de viabilidades possíveis; e o máximo de satisfação dos trabalhadores.

Conforme este entendimento, ao se conceber o CAPS como estrutura de saúde permeada pelos desafios e possibilidades ora discutidos, surge o pensamento de que é preciso refletir acerca da conformação dos trabalhadores no sentido de contemplar seus principais atravessamentos, entre estes as alterações dos modos de organização do processo de trabalho.

Nesse sentido, Jorge *et al.* (2005) asseveram: nos serviços substitutivos em saúde mental, ainda em consolidação, os novos saberes e as práticas desenvolvidas representam um processo em construção, na busca de um modelo de atenção pautado na reabilitação do doente mental. Nesse processo levam-se em consideração a reinserção social do doente e a retomada de sua capacidade de produzir subjetividades, novas possibilidades. Tudo isto contribui para um processo de desinstitucionalização.

Com base nessas considerações, é aceitável pensar que a organização dos processos de trabalho é relativamente flexível, estando, portanto, aberta à capacidade criativa do trabalhador, apesar de existir algumas orientações já previamente estabelecidas para atuação desses trabalhadores (BRASIL, 2004a).

De acordo com Marx (1994), nos processos de trabalho estão envolvidos os meios de produção, expressos no objeto e nos instrumentos do trabalho, e a capacidade operária que representa as condições subjetivas da produção.

Ao discutir sobre o processo de trabalho das equipes de saúde, Mendes-Gonçalves (1994) reconhece a presença de múltiplas relações, às quais são operacionalizadas mediante a aplicação de tecnologias, compostas pelos saberes associados aos seus desdobramentos materiais e não-materiais na produção de serviços de saúde, por meio dos quais se estabelece uma rede de relações sociais. Ainda segundo o autor, a tecnologia está relacionada aos nexos técnicos estabelecidos entre a atividade operante e os objetos de trabalho, no interior do processo de trabalho, por meio daqueles instrumentos ganham existência ao expressar as relações entre os sujeitos e os objetos sobre os quais trabalham.

Em relação ao desenvolvimento tecnológico e à utilização de tecnologias nos processos de trabalho em saúde, Merhy (2006a) refere que o trabalho em saúde caracteriza-se por ser um “trabalho vivo em ato”, operado permanentemente em processo e relações, situadas predominantemente no âmbito das tecnologias leves, aplicáveis a cada momento em que ocorre o encontro entre o trabalhador e usuário.

Quando se fala em tecnologia costuma-se pensar imediatamente em materiais e equipamentos sofisticados. Ao discutir tecnologia e organização das práticas de saúde, Mendes-Gonçalves (1994: 32) imprime um novo sentido a essa terminologia:

...conjunto de saberes e instrumentos que expressa, nos processos de produção de serviços, a rede de relações sociais

em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social...

Merhy (2002; 2007a) amplia a discussão de Mendes-Gonçalves e acrescenta que a reestruturação produtiva vivenciada atualmente na saúde está muito mais articulada aos novos territórios tecnológicos não-materiais do que à tecnologia material de ponta. Para ele, as tecnologias não são somente os equipamentos e máquinas, mas também certos saberes construídos para a produção de produtos singulares e até mesmo para organizar as ações humanas nos processos produtivos, incluindo-se também a dimensão inter-humana.

Ao tomar por base esse pensamento, Merhy (2002; 2006; 2007a) e Merhy *et al.* (2006) apresentam uma classificação das tecnologias envolvidas no trabalho em saúde em: 1. **tecnologias leves**: aquelas referentes às relações - como produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como forma de governar os processos de trabalho; 2. **tecnologias leveduras**: os saberes bem estruturados que operam nos processos de trabalho em saúde, como por exemplo a clínica médica, a psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, entre outros; 3. **tecnologias duras**: constituem-se de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais.

A partir dessa discussão de tecnologia em saúde, rompe-se o paradigma que toma por tecnologia unicamente os materiais e equipamentos de última geração. Visualiza-se que as tecnologias vão além dessa perspectiva. Inclusive, os saberes e modos de operar atos de saúde valorizando o campo relacional que se conforma no campo das tecnologias mostram-se como imprescindíveis para um modelo de saúde usuário-centrado, ou seja, em que o usuário seja o centro do projeto terapêutico, estimulando autonomia (MERHY, 2006; 2007b) e a defesa da vida individual e coletiva (CAMPOS, 2006b; MERHY *et al.*, 2006).

Não obstante a essas questões, ao examinar as mudanças ocorridas no campo da saúde mental, por um lado, decorrentes da reforma psiquiátrica; por outro, devido à contribuição da Reforma Sanitária, concordo com Campos (2007a) ao afirmar que as mudanças propostas pelo movimento de Reforma Sanitária, no campo normativo e na estrutura político-administrativa, não levaram em consideração as pessoas concretas que operariam e usufruiriam dessa máquina, gerando um impasse nos trabalhadores da saúde na esfera pública, que se encontram “frustrados, descontentes, trabalhando pela sobrevivência e para garantir certo nível de consumo”, conduzindo a alienação destes profissionais em

relação ao objeto e aos instrumentos do seu trabalho, bem como em referência à equipe de saúde; havendo, portanto, trabalho em grupo, sem a devida identidade do trabalhador coletivo.

As considerações apresentadas, embora de forma sucinta, permitem perceber as mudanças ocorridas nos modelos tecno-assistenciais no sistema de saúde brasileiro e, em particular, em saúde mental. Tais mudanças implicam em transformações na gestão, na organização dos processos de trabalho e, conseqüentemente, nos modos de ação dos trabalhadores para a execução dos atos de cuidar, como requisito para a conformação nesse novo contexto político, administrativo e assistencial dos serviços de atenção à saúde, os quais poderão inferir ou não na satisfação dos trabalhadores.

Conforme enfatizado por alguns autores (MARTINEZ; PARAGUAY; LATORRONE, 2004; D'ANGELO, 2005), a satisfação no trabalho pode ser entendida como uma produção subjetiva, elaborada a partir da percepção do trabalhador em relação ao ambiente de trabalho, sendo atravessada por elementos intrínsecos e extrínsecos ao ambiente de trabalho.

Com base nessa consideração, fundamenta-se a percepção de que a satisfação no trabalho é determinada pelos aspectos psicossociais do trabalho. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) define esses aspectos como aqueles referentes à interação entre e no meio ambiente de trabalho, conteúdo do trabalho, habilidades do trabalhador e condições organizacionais, necessidades, cultura, causas pessoais extratrabalho que podem, por meio de percepções e experiências, influenciar a saúde, o desempenho e a satisfação no trabalho (INTERNATIONAL LABOUR..., 1984).

Tal abordagem potencializa a reflexão sobre a satisfação dos trabalhadores de saúde mental, a partir de sua conformação nos serviços substitutivos, particularmente nos CAPS, atravessada, portanto, por elementos da gestão da força de trabalho e a organização dos processos de trabalho.

Para proceder a esta reflexão, adotei como **eixo orientador** do estudo, os seguintes questionamentos:

1. como a satisfação e/ou insatisfação no trabalho e sua articulação com o processo de trabalho são concebidas pelos trabalhadores de saúde mental?
2. como se processa a satisfação e/ou insatisfação dos trabalhadores em relação ao seu trabalho em equipamentos de saúde mental na sua articulação com as condições de trabalho e a produção subjetiva pautada nas tecnologias leves?

Diante desses questionamentos, estabeleci os seguintes **objetivos** para o estudo:

1. analisar as concepções dos trabalhadores de saúde mental acerca da satisfação e/ou insatisfação no trabalho;
2. descrever as satisfações e/ou insatisfações dos trabalhadores de saúde mental em sua articulação com o trabalho e a produção de subjetividades a partir do campo relacional das tecnologias leves.

A partir do exposto, a realização desta pesquisa apresenta-se como relevante por seu potencial de fornecer subsídios para fomentar discussões no campo da saúde mental acerca da conformação dos trabalhadores nos serviços substitutivos, considerando o modelo tecno-assistencial instituído, tomando como objeto de análise a satisfação no trabalho. Dessa forma, oferece também subsídios para o debate e o desenvolvimento de políticas de gestão de recursos humanos, principalmente nas instituições integrantes do SUS.

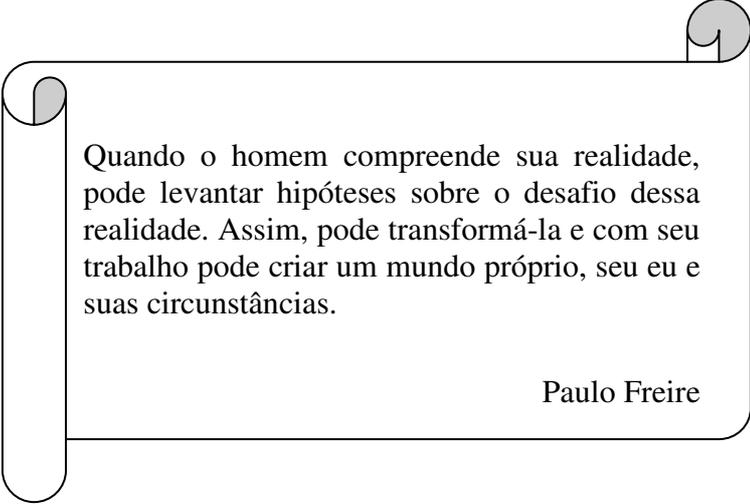
Além dessas contribuições, ao permitir a análise e/ou compreensão do fenômeno discutido, o estudo contribuirá para a produção do conhecimento na área, visando reduzir a lacuna encontrada pelo pesquisador durante o levantamento bibliográfico para esta pesquisa. Na oportunidade, detectei a existência de poucas produções acerca de satisfação de trabalhadores da área de saúde mental, apesar da larga produção sobre satisfação no trabalho nas diversas áreas de atuação profissional, tanto no cenário nacional quanto internacional; poderá, ainda, contribuir para o desenvolvimento de novas pesquisas na área em discussão.

Diante das considerações teóricas apresentadas, com o firme propósito de explicitar a compreensão da trajetória teórico-metodológica adotada, portanto para operacionalizar o estudo, construí os pressupostos teóricos que balizaram a pesquisa:

1. a satisfação no trabalho reflete uma produção subjetiva, na qual o trabalhador emite sua percepção em relação ao ambiente de trabalho e ao trabalho em si, sendo determinada por diversos elementos internos e externos a este ambiente;
2. nos serviços substitutivos de saúde mental, houve uma conformação dos trabalhadores a esses novos equipamentos de saúde, atravessada pela possibilidade de flexibilidade dos processos de trabalho, construção de novos saberes e práticas, possibilitando a produção subjetiva dos trabalhadores, permitindo a articulação da satisfação no trabalho com campo das tecnologias leves, operadas no encontro dos trabalhadores entre si e destes com os usuários no cotidiano dos serviços de saúde.

Capítulo 2

Referencial Teórico



Quando o homem compreende sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade. Assim, pode transformá-la e com seu trabalho pode criar um mundo próprio, seu eu e suas circunstâncias.

Paulo Freire

2 Referencial Teórico

2.1 Políticas de saúde mental e reforma psiquiátrica brasileira

A discussão acerca das políticas de saúde mental, como orientadoras das práticas e serviços e do movimento de Reforma Psiquiátrica somente é possível a partir da compreensão de como foi construída a “história da loucura” e o saber psiquiátrico, e de como se deu ou se dá a intervenção do Estado.

A referência à intervenção do Estado se dá por entender que ele é responsável pela elaboração, emissão das políticas de saúde, em qualquer conjuntura a ser analisada historicamente. Deste modo as políticas de saúde e de saúde mental constituem o conjunto de formas de intervenção concretas do Estado na sociedade, com vistas a equacionar problemas, conforme afirma Luz (1994).

Em *História da Loucura na Idade Clássica*, Michel Foucault (1997) analisa a mudança na representação do conceito de loucura, inicialmente compreendida como cósmica e trágica, transformando-se em uma reflexão crítica e racional, ao refletir brevemente acerca da história da loucura desde a época do Renascimento até o século XIX. Este modo de pensar implicará a organização social e a internação representa uma forma de o Estado intervir, isolando o que reconhece como marginal, insensato e obstáculo da ordem social, no intuito de preservar a “razão e a moralidade”.

Como é notório, a doença mental sempre existiu – mas a fronteira com que se trabalha estava na presença ou não de razão, e não em critérios de ordem patológica, bem como o lugar para se tratar dos loucos: templos, domicílios e instituições. Os hospitais, cuja origem etimológica significa hotel, hospedagem, hospedaria, criados na Europa no período clássico, destinavam-se exatamente a esse fim. Nesse período, quando predominava a cisão entre razão e desrazão, emergiu a imposição da exclusão do convívio social para os desprovidos de razão. Com esta finalidade, foram criadas as casas de internação, um território de reclusão de toda ordem de desviantes: homossexuais, leprosos, tuberculosos, prostitutas, ladrões, hereges, loucos, enfim, todos aqueles que representavam ameaça de subversão à ordem social. Nesse contexto, a loucura não era diferenciada dessas categorias e sua reclusão tinha caráter político, social, religioso, econômico e moral (FOUCAULT, 1997).

Quanto à instituição psiquiátrica, propriamente dita, é uma construção européia do século final do XVIII, assim como o enfoque da loucura como doença e da psiquiatria como especialidade médica. Portanto, data deste período, a “patologização” da loucura, o que propicia o ingresso do médico nos asilos com finalidade terapêutica. Desse modo, a loucura ganha *status* de doença mental e a internação psiquiátrica passou a ser adotada como principal estratégia de tratamento. Contudo, essas instituições tinham características de exclusão social e segregação social e o louco, por ser visto como ser perigoso, era mantido acorrentado (BARROSO *et al.*, 2004; BRITTO, 2004).

Conforme destaca Britto (2004), até o final do século XVIII os hospitais/asilos configuravam-se como instituições de caridade, de assistência aos pobres, por conseguinte, seu objetivo não era proporcionar tratamento. Nesse sentido, o médico não era um personagem constante nesse cenário, ao contrário, suas visitas eram raras e limitadas. Dessa maneira, o hospital não era uma instituição médica e a população ali existente não era composta somente por doentes.

A partir do final do século XVIII, a prática de internação psiquiátrica começou a sofrer transformações. Esse processo de mudanças foi desencadeado por Phillippe Pinel, considerado pai da psiquiatria, ao encontrar os loucos reclusos nos muros dos asilos, restritos ao mundo da exclusão, reservado para eles desde o século XVII, até então sem tratamento médico. Ao assumir a direção do Hospital de Bicêtre, Pinel mandou desacorrentar os loucos, mas estes permaneciam nos asilos. Com efeito, inicia-se o processo de medicalização da loucura. Entretanto, o importante naquele processo não é a relação médico-paciente, mas o desenvolvimento de uma tecnologia hospitalar, baseada no tratamento moral que consistia em inserir o louco num sistema hierárquico. A instituição asilar, na opinião pineliana, era por si só terapêutica. Nesse contexto, a psiquiatria é instituída como especialidade médica e a loucura passa a estar sujeita ao domínio médico que, para conhecê-la melhor, atuou em conformidade com o método epistêmico vigente: isolar, separar, classificar e agrupar as doenças de acordo com as características observadas. O hospital assume, portanto, o *locus* de conhecimento psiquiátrico e centro produtor de saberes e práticas (OLIVEIRA, 2002; ALMEIDA, 2002; BRITTO, 2004; ROCHA, 2005).

Nessas circunstâncias, o tratamento do doente mental passou a ser sinal de exclusão, de confinamento nas instituições psiquiátricas. Assim, o asilo psiquiátrico tornou-se assim o imperativo para todos aqueles considerados loucos, despossuídos da razão, delirantes, alucinados, e persistiu como única terapia possível até meados do século XX.

No Brasil houve uma reprodução do modelo de assistência psiquiátrica vigente no âmbito mundial. Desse modo, a história da psiquiatria brasileira retrata um processo de asilamento, de medicalização social. A ordem psiquiátrica é oferecida como paradigma de organização modelar às instituições de uma sociedade que se organiza. A loucura começou a se tornar objeto de intervenção específica, por parte do Estado, a partir de 1808 com a chegada da família real (AMARANTE, 1994).

Em 1852 foi inaugurado o primeiro hospício brasileiro, o Hospício Pedro II, localizado na Praia Vermelha - Rio de Janeiro, marco institucional da psiquiatria no país. Representava um lugar para isolar aqueles que perturbavam a ordem pública e social (vadios, mendigos e loucos), até então restritos às precárias condições das casas de internação, prisões e das Santas Casas de Misericórdia, pois a cidade naquela época passava por uma reforma urbanística com vistas a tornar-se uma metrópole moderna (AMARANTE, 1994; ROCHA, 2005). Esta instituição, seguindo o preconizado por Pinel para o tratamento moral, segregou o doente mental em espaço criado e organizado para regular e normatizar sua vida.

Contudo, desde sua criação até a Proclamação da República, o hospício foi alvo de severas críticas por parte da classe médica, por estar excluída da direção da instituição, pois o poder institucional era exercido pela a Provedoria da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro e pela Igreja, mediante a atuação da Irmandade São Vicente. Com a Proclamação da República, a psiquiatria buscou se modernizar e a partir da chegada dos republicanos ao poder, apoiados pelos médicos, o hospício é desvinculado da Santa Casa, ficando subordinado à administração pública, conforme afirma Amarante (1994).

Embora tenha passado por inúmeras transformações, impulsionadas pela ordem política, social e econômica vigente em cada período histórico, o fato é que a assistência à saúde mental no Brasil, assim como no mundo, foi fundamentada na institucionalização do louco em equipamentos hospitalares onde o tratamento fundamentava-se na exclusão, na segregação social e violência institucional, caracterizada pelos maus tratos e tratamentos desumanos, os quais levavam o doente à cronificação. Portanto, um sistema que isolava o louco de todo o seu contexto social, deflagrando sua autonomia e cidadania (AMARANTE, 1994; BRITO, 2004; OLIVEIRA, 2002; VILLAR-LUIS, 1999; ALMEIDA, 2002).

De acordo com Almeida (2002), após a Segunda Guerra Mundial observa-se uma preocupação em redimensionar as práticas de assistência à loucura. Neste sentido, questionava-se o papel e a natureza tanto da instituição asilar quanto do saber psiquiátrico. Esta preocupação decorre sobretudo por ter sido o pós-guerra marcado pela necessidade de

reconstrução dos países europeus, pela eclosão dos movimentos civis e maior tolerância frente às minorias, aliada à percepção de que o tratamento apresenta-se como ineficaz.

Nessa perspectiva, autores como Oliveira (2002), Amarante (2006; 2007), Lougan (2006) e Britto (2004), entre outros, referem que após a Segunda Guerra Mundial começaram a ser articulados movimentos de reformas em diversos países da Europa e nos Estados Unidos. Surgiram experiências destinadas a reformular estes espaços, pretendendo-se estender o serviço para a comunidade. Entre esses movimentos de Reforma Psiquiátrica, merecem destaque:

- Comunidade Terapêutica (Inglaterra) e Psicoterapia Institucional (França): ambas tinham como preocupação a reestruturação/recuperação do hospital psiquiátrico, caracterizaram-se, portanto, como reformas institucionais. A Comunidade Terapêutica inglesa configurou-se como um processo de reforma caracterizado pela adoção de medidas administrativas democráticas, participativas e coletivas, com o propósito de modificar a dinâmica institucional asilar, ao denunciar as péssimas condições às quais os internos eram submetidos. Já a Psicoterapia Institucional, ocorrida na França, considerava a instituição hospitalar como possuidora de características doentias que deveriam ser corrigidas para torná-la terapêutica.
- Psiquiatria de Setor (França) e Psiquiatria Comunitária (EUA): estes dois movimentos buscaram transpor os muros das instituições psiquiátricas ao deslocarem para a comunidade o lócus de tratamento do doente mental. A Psiquiatria de Setor francesa, anterior à Psicoterapia Institucional, representa um movimento de contestação da psiquiatria asilar. Foi considerado matriz da política psiquiátrica francesa desde 1960 e consistia na transferência do atendimento para a comunidade. A Psiquiatria Comunitária surgiu nos Estados Unidos em meio a um cenário de crise do organicismo mecanicista e encontrava-se no cruzamento da psiquiatria de setor francesa e da comunidade terapêutica inglesa. Representou a delimitação de um novo campo para a psiquiatria, onde havia um novo objeto: a saúde mental. Esse movimento acreditava ter encontrado uma estratégia de intervenção nas causas das doenças mentais, mediante a realização da prevenção das doenças e a promoção da saúde mental.
- A Antipsiquiatria (Inglaterra) e Psiquiatria Democrática (Itália): diferentemente dos movimentos citados anteriormente, esses não criticaram apenas as práticas psiquiátricas no ambiente asilar. Ambos travaram sérias críticas ao saber psiquiátrico

dominante. Surgida na década de 1960, a Antipsiquiatria possuía como referências culturais a Fenomenologia, o Existencialismo, a obra de Foucault e algumas correntes da sociologia e psiquiatria norte-americanas. Considerava a prática o saber e a prática psiquiátrica inadaptados no tratamento com a loucura. Negava o saber médico perante a loucura. Denunciava a cronificação do hospital psiquiátrico e procurava estabelecer uma dialética em loucura e razão, colocando a loucura entre os homens e não dentro deles.

A Psiquiatria Democrática italiana, iniciada por Franco Basaglia, não negou o saber psiquiátrico, mas fez crítica radical ao paradigma psiquiátrico defendendo a urgência da revisão das relações a partir das quais o saber médico fundava sua práxis. Basaglia provoca uma transformação radical quando em 1971 inicia a demolição do aparato manicomial em Trieste, mediante a construção e constituição de novas formas de entender, lidar e tratar a loucura. É dita democrática porque realizou uma análise crítica da sociedade e da forma pela qual se relacionava com o sofrimento e a diferença. Não negou o saber ou doença, mas relacionou-se à negação do poder que a sociedade entregava à psiquiatria para que esta isolasse, excluísse e anulasse aqueles que se encontravam fora dos limites da normalidade social. Esse trabalho retratou a possibilidade de constituição de uma rede de atenção capaz de oferecer e produzir novas formas de sociabilidade e subjetividade para aqueles que utilizam a assistência psiquiátrica, bem como o oferecimento de novas práticas de cuidado. A radicalidade desse movimento consiste na destruição do manicômio, culminando no fim da violência e do equipamento psiquiátrico tradicional.

Apesar dos diversos movimentos de reforma em inúmeros países para modificar o tratamento asilar e até mesmo substituí-lo, o Brasil vivenciou, a partir de 1960, uma grande expansão da rede de hospitais psiquiátricos, considerada um importante marco de inflexão na definição de políticas de saúde mental no país. A instauração do governo militar, em 1964, representou um corte na política populista dos anos 1930 em virtude da incorporação gradual de novos segmentos sociais à assistência à saúde (AMARANTE, 1994; ALMEIDA, 2002).

A assistência médica previdenciária até então prestada mediante serviços próprios passou por um processo de centralização com controle estatal que uniformizou benefícios e excluiu os trabalhadores da gestão. Desta forma, as novas diretrizes da política de assistência médica, ao objetivar racionalizar e viabilizar a expansão do acesso deu prioridade à compra de serviços privados em detrimento da rede pública. Este posicionamento do Estado frente ao

mercado de produção e consumo de serviços de saúde tentava, por um lado, responder às pressões dos consumidores, dos técnicos e dos empresários, o que favoreceu a organização de uma prática médica privada, orientada pelo lucro e, por outro, amenizar a intensa crise social e política pela qual passava. Viu-se então uma grande expansão da rede hospitalar, em particular, dos hospitais psiquiátricos privados financiados com recursos públicos (AMARANTE, 1994; ALMEIDA, 2002).

Britto (2004), apoiada na obra de Amarante, refere que essa mudança teve profundo impacto no campo psiquiátrico. Assim, na conjuntura política, social e econômica brasileira dos anos 1970, a doença mental se transformou em fonte de lucro, mediante a compra dos serviços oferecidos pelo setor privado, configurando um mercado promissor, definido como indústria da loucura.

Esse período coincide com os movimentos de Reforma Psiquiátrica desencadeados em diferentes países, nos quais se levantavam questionamentos, sobretudo na Europa e Estados Unidos, em relação à iatrogenia do hospital psiquiátrico, que ao excluir e manter o doente confinado por décadas, submetendo-o a maus tratos, conduzia-o a perda da identidade e da dignidade e acabava por torná-lo um crônico que não sairia mais dali. Tudo isto representava lucro para a instituição privada.

A partir de então iniciava-se o movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, fortemente influenciado pelas reformas ocorridas na Europa e Estados Unidos, particularmente a Psiquiatria Democrática italiana e a Psiquiatria Comunitária norte-americana. Aqui, denunciavam-se a violência nos manicômios, a exclusão social e a cronificação, as quais se tornaram pauta nos debates que reivindicavam os direitos do doente mental. Além destes aspectos, também eram questionadas a natureza do modelo privatista e a ineficácia dos tratamentos (OLIVEIRA, 2002; AMARANTE, 2007).

Neste contexto a Reforma Psiquiátrica no Brasil representa um movimento que busca a superação do manicômio, a ruptura com a instituição manicomial e seu sistema coercitivo. Representa, portanto, uma negação do modelo de atenção, dos saberes e das práticas psiquiátricas até então vigentes.

Na concepção de Amarante (1996; 2006), o grande propulsor do movimento de Reforma Psiquiátrica brasileiro foi a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DISAM), órgão do Ministério da Saúde, responsável pelas políticas de saúde mental, ocorrido por volta de 1978. A crise se deu em virtude da demissão de 260 profissionais, o que desencadeou a

primeira greve no setor público no Brasil após a instalação do regime de exceção em 1964. como evidenciado, a demissão dos trabalhadores foi uma resposta do Estado aos profissionais, em decorrência de uma série de denúncias feitas pelos médicos sobre as condições de uma unidade hospitalar do Rio de Janeiro e as irregularidades lá existentes. Naquele período, havia se constituído o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM).

Diante dessa mobilização dos trabalhadores (greve) e do apoio e participação tanto do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) quanto do Movimento de Renovação Médica (REME), o MTSM se expande e em 1987 assume-se como movimento social, e não apenas como de técnicos e administradores. Neste momento, lança o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. No campo prático, começava-se a privilegiar a discussão e a adoção de experiências de desinstitucionalização – entendida não apenas como um processo de desospitalização, mas de construção de práticas assistenciais territoriais, configurando-se como um processo operacional de desconstrução dos saberes e das práticas asilares (AMARANTE, 1994; 1996; b2006).

Desse modo, a Reforma Psiquiátrica se configura como um movimento histórico de caráter político, social e econômico. Sua práxis, portanto, faz parte do cotidiano de um bom número de profissionais de saúde mental. Ao se constituir matriz para as políticas de saúde mental no país, tem como principal diretriz a desinstitucionalização com conseqüente desconstrução do manicômio e dos paradigmas que o sustentam. Contudo, a substituição progressiva dos manicômios por outras práticas terapêuticas e a cidadania do doente mental vêm sendo objeto de discussão não só entre os profissionais de saúde, mas também em toda a sociedade (GONÇALVES; SENA, 2001).

Em face dos fatos acontecidos, a década de 1980 pode ser considerada como profícua no debate acerca da reformulação do setor saúde no Brasil. Foi nesse período que o movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira adquiriu maior importância, tanto no campo político-institucional quanto no social. Neste sentido, o MTSM, conforme destaca Rocha (2005), teve papel relevante na reforma ao denunciar a política privatizante, propor alternativas extra-hospitalares e defender a humanização do hospital psiquiátrico. Esses trabalhadores debatiam os pressupostos consagrados pela psiquiatria – a idéia de desrazão, de defeito, de doença e periculosidade - e propunham, em contraposição, a idéia de sofrimento. Davam, assim, início a luta pelos direitos humanos (dignidade e cidadania).

Ao pensar na Reforma Psiquiátrica como movimento social, com ideários libertários de luta por direito à saúde, à dignidade e direitos de cidadania, é possível afirmar

que tal processo encontra terreno fértil para sua concretização, pois esse período coincide e se inscreve num contexto político-social tenso e permeado de manifestações de diversos movimentos sociais de luta pela redemocratização do país. Nessa época, no âmbito do setor saúde, desenvolvia-se o movimento de Reforma Sanitária, o qual tinha como postulados a democratização do setor por meio da criação de um sistema único de saúde que fosse acessível, universal, socialmente equitativo, com participação da população na reorganização dos serviços (GERSCHAMAN, 2004).

Portanto, ao conceber a saúde mental como área do setor saúde, implica considerar que a Reforma Psiquiátrica está inscrita no contexto maior do setor saúde, ou seja, naquele momento, no movimento de Reforma Sanitária, que propicia, a partir da sua efetivação, condições para a concretização das diretrizes da primeira. Nesse sentido, conforme Onocko-Campos e Furtado (2006), apesar de ter seguido caminhos paralelos e certo distanciamento disciplinar nas últimas décadas, os dois movimentos têm origens comuns.

Os postulados da Reforma Sanitária são sistematizados na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, na qual se definiu o projeto de reforma sanitária, introduzindo mudanças no setor saúde de modo a torná-lo democrático, universal, acessível, equânime. Assim, foram discutidos os pontos do projeto, como: o conceito ampliado de saúde, a saúde como direito, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e a política de financiamento do setor (GERSCHAMAN, 2004). Ainda segundo essa autora, o projeto de reforma sanitária ganha força de lei, ao ser incorporado na Constituição Federal de 1988.

Deste modo, a Constituição Federal instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), norteado pelos princípios da equidade, universalidade, descentralização, integralidade das ações e participação social. A criação do SUS representou a normatização da saúde como direito de todos e dever do Estado, portanto desenha-se um sistema universal com predomínio da assistência prestada pelo poder público (BRASIL, 1988).

A partir de meados da década de 1980 foram promovidos vários encontros e conferências no campo da saúde mental em continuidade ao processo iniciado pelo MTSM. Assim, em 1987 ocorreu a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro, considerada como um marco histórico da psiquiatria brasileira, que veio marcar o início da desinstitucionalização, isto é, da (des)construção do modelo de assistência asilar; no mesmo ano, o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental consagrou o lema “Por uma sociedade sem manicômios” (AMARANTE, 1994; BRITO, 2004).

No campo político-normativo, no âmbito da saúde mental, merece destaque o Projeto de Lei nº. 3.657/89 do Deputado Paulo Delgado, o qual propunha a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por recursos assistenciais extra-hospitalares e regulamentava a internação compulsória. Tal proposta contrapunha-se ao interesse da iniciativa privada centrada no modelo médico-hospitalocêntrico, razão pela qual sofreu entraves, tendo sido aprovado somente doze anos depois, agora Lei nº. 10.216/2001. Este dispositivo legal dispõe sobre os direitos do portador de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2004b).

Neste contexto surgiu como alternativa ao hospital psiquiátrico a proposta de atendimento em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais se configuram como espaços de criatividade, de construção da vida, de novos saberes e práticas voltadas para o cuidado e a reabilitação psicossocial. O primeiro deles foi o CAPS Prof. Luís Cerqueira em São Paulo. Seguindo uma tendência antimanicomial, em 1989 a história da Reforma Psiquiátrica foi marcada positivamente ao ser interdita a Clínica Anchieta em Santos (SP). Em seu lugar, implantou-se uma rede de serviços substitutivos, incluindo Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), cooperativas de trabalho e diversos projetos culturais (ROCHA, 2005).

Os CAPS e os NAPS, surgidos no final da década de 1980, operacionalizam a concretização da mudança paradigmática da atenção à saúde mental proposta pela Reforma Psiquiátrica e assumida como política pública de saúde. Desse modo, no início da década de 1990 tiveram sua estruturação e funcionamento regulamentados pelas portarias 189/91 e 224/92 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004c; 2004d).

Tais normas elencaram os serviços substitutivos em saúde mental, entre eles: 1 – Unidades Básicas de Saúde e Centros de Saúde; 2 – os CAPS/NAPS; 3- Hospital-dia. Também estabeleceram as diretrizes para a organização destes serviços, baseadas nos princípios dos SUS, os quais deveriam ampliar seu campo de ação nos diversos âmbitos – técnico, social, político e teórico, implicando uma nova ética nas práticas de atenção a saúde mental. Introduziram nestes serviços o conceito de multiprofissionalidade, ao estabelecer a inclusão de diversas categorias profissionais que deveriam atuar nestes serviços, visando contemplar os diversos aspectos envolvidos nesta nova práxis.

Mais recentemente, o Ministério da Saúde editou a Portaria nº. 336/2002, que define as modalidades de CAPS, levando em conta a ordem crescente e a complexidade da abrangência populacional. Além disso, reitera a dimensão técnica destes centros e determina o mínimo de categorias profissionais que deverão atuar nestes serviços (BRASIL, 2004a).

Paradoxalmente, ainda subsistem as instituições hospitalares psiquiátricas, embora numa projeção de redução dos leitos e progressiva substituição destes por alternativas de atenção no modelo comunitário, de acordo com regulamentação do Ministério da Saúde. Em conformidade com a política de saúde mental do SUS, a redução dos leitos foi prevista inicialmente nos hospitais de grande porte, levando em conta a avaliação da qualidade do atendimento hospitalar prestado, realizada anualmente por meio do Plano Nacional de Avaliação do Serviço Hospitalar (ROCHA, 2005).

Com base nestes aspectos da política de saúde mental no Brasil nos últimos anos, segundo se apreende, houve uma mudança significativa na lógica de organização da atenção no campo normativo e um processo gradual de efetivação no campo operacional/prático. Fato este visualizado mediante a implantação de novas modalidades de serviços, bem como a “remodelagem” das instituições hospitalares psiquiátricas, imposta pela legislação, como condição à sua subsistência.

Quanto ao termo “imposta pela legislação”, esta imposição não aparece de forma explícita e taxativa, mas de forma implícita. Contudo, pode ser evidenciado na Lei nº. 10.216/ 2001, quando dispõe “é vedada à internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares...”.

Todo esse aparato legal prima pela desinstitucionalização e construção de uma rede de serviços substitutiva ao modelo manicomial centrada no território, assumidas como política de saúde de mental, que tem como matriz o movimento de Reforma Psiquiátrica.

A partir das considerações apresentadas, é razoável afirmar que a Reforma Psiquiátrica brasileira configura-se como um movimento histórico transformador de caráter político, jurídico, social, econômico e cultural do lugar social atribuído à loucura. Para Amarante (2003; 2007), ela representa mais que um movimento pela reorganização de serviços de saúde mental; constitui-se em processo social complexo que envolve quatro dimensões, que em se tratando de processo, devem ser trabalhadas de forma simultânea e inter-relacionadas:

- dimensão teórico-conceitual – relacionada ao campo epistemológico. Engloba o conjunto de conceitos/saberes que fundamentam as ações desenvolvidas no âmbito da saúde mental;
- dimensão técnico-assistencial – refere-se ao modelo de atenção adotado e às práticas advindas desse paradigma;

- dimensão jurídico-política – envolve as questões relacionadas à revisão das legislações sanitária e psiquiátrica, resgatando para a pauta de discussões questões como cidadania e garantia de direitos (sociais, civis e políticos), ao mesmo tempo em que direciona para a necessidade de redefinição das relações sociais até então estabelecidas com a loucura e com o portador de doença mental;
- dimensão sociocultural – discute a perspectiva de transformação do imaginário social referente à loucura e os modos de lidar com ela, tendo em vista a possibilidade de construção de outros cenários para a loucura e para as pessoas com sofrimento psíquico na sociedade.

Considero que as mudanças processadas na seara da organização dos serviços não se inferiram pura e simplesmente neste âmbito particular, ou seja, quando se implantam novos serviços e modos de atenção, mas também nas conseqüências destes eventos, pois implicaram na inserção de novos sujeitos sociais, de novas categorias profissionais nestes serviços. Transferem o foco da atenção do objeto para o sujeito. Isto é, o foco da atenção desloca-se da doença e o tratamento moral, fundamentado na disciplina e exclusão/ segregação social para o sujeito que sofre, tendo em vista sua capacidade criativa e a possibilidade de produção de novas subjetividades por meio da reabilitação psicossocial na perspectiva da reinserção na família e na sociedade.

Dessa forma, essa reorientação assistencial implicou um processo de (des)construção das práticas e saberes psiquiátricos tradicionais e, conseqüentemente, no processo de construção de novas possibilidades, novos saberes e novas práticas. Nesse processo os profissionais que já atuavam na saúde mental, ora como objetos ora como sujeitos capazes de empreender e apreender as transformações, tiveram de se readequar aos novos modelos propostos/implantados.

Quanto aos que se inseriram mais recentemente, como é o caso deste pesquisador, embora de forma teórica apreendessem parte desta construção histórica e hoje vivenciam a implementação da rede assistencial comunitária, visualizando muitas vezes o conflito entre os pressupostos da reforma para a estruturação dos serviços substitutivos com a existência dos hospitais, subsistem sem efetivamente abrirem mão de sua hegemonia. No caso do Ceará, porém, a maioria destes hospitais é de natureza particular ou filantrópica, ambos conveniados ao SUS, ou seja, custeados com recursos públicos.

O campo da saúde mental é um cenário que encerra conflitos e contradições, contém diversos atores integrantes do meio, entre eles os usuários e seus familiares, e os profissionais que nele atuam. Neste ambiente os trabalhadores produzem teorias, práticas, ações, subjetividades, satisfações e insatisfações, como produto de uma práxis coletiva na qual conseguem, ou não, constituírem-se sujeitos coletivos. Isto remete à percepção de que é fundamental um olhar sobre estes sujeitos voltado a compreender como elaboram essa produção a partir da organização dos serviços e dos processos de trabalho.

2.2 Trabalho em saúde: organização tecnológica e seus desdobramentos

2.2.1 Organização do processo de trabalho em saúde: breve construção teórica

Neste momento sinto-me diante de uma tarefa complexa, qual seja, refletir sobre a organização do processo de trabalho, considerando que se constitui numa arena onde estão presentes diferentes atores, portadores de diversos interesses, os quais nem sempre são comuns, embora não necessariamente antagônicos.

Para uma incursão na temática ora apresentada pretendo partir de uma reflexão preliminar acerca da categoria trabalho e seus dobramentos e posteriormente estabelecer uma articulação com o trabalho em saúde e suas peculiaridades, porém sem a pretensão esgotar a discussão.

Na concepção marxista o trabalho é caracterizado como um processo. Destes são participantes o homem e a natureza, em que no seu interior o homem mediante sua ação desenvolve, regula e controla seu intercâmbio com a natureza, a qual é transformada para melhor atender às necessidades (MARX, 1994). Sendo o trabalho humano diferente do animal por ser consciente e proposital.

O trabalho, como atividade humana, aparece a partir do momento em que o homem se vê compelido a buscar meios para satisfazer suas necessidades. Difere do trabalho animal por ser realizado propositalmente e orientado pela inteligência. De algum modo essa busca se reproduz em toda a ação humana. Deste modo, conforme aponta Braverman (1997),

o trabalho é atravessado por uma dinâmica social pela qual, por meio do trabalho, o homem transforma o mundo e ao mesmo tempo é transformado pelo “mundo do trabalho”.

Braverman (1987), ao tomar como base o pensamento marxista, considera que o trabalho humano, consciente e proposital, é instrumentalizado a partir de uma racionalidade que o direciona para a produção. Deste modo, o resultado do trabalho do homem já fora por ele idealizado, ou seja, já existia idealmente na imaginação do trabalhador. Dito de outra maneira, o trabalho humano é resultante de uma racionalidade, pois antes de sua materialização há um pensar/projetar o produto/resultado.

Para a transformação do imaginário em objeto real, isto é, a materialização/construção do produto idealizado, requer-se um saber tecnológico como instrumento capaz de impulsionar a operacionalização do trabalho, capaz de ordenar a instrumentalização adequada dos meios de produção, conforme defendido por Merhy (2006a).

Portanto, nos processos de trabalho, segundo a concepção marxista, estão envolvidos os meios de produção e a capacidade operária de produção (MARX, 1994). Neste sentido Merhy (2007a) afirma que o modo de produção capitalista é prisioneiro das inovações tecnológicas para resolver o ciclo da acumulação de capital. Ainda nesta linha de raciocínio, considerando o desenvolvimento de tecnologias para o aumento de produção, Marques (2004) assinala, tomando como premissa o pensamento de Marx, que no modo capitalista de produção existe uma crescente substituição do trabalho vivo (trabalho instituinte, que está em execução/ação) pelo trabalho morto (expresso em equipamentos e saberes tecnológicos estruturados).

O trabalho tem como construto final produtos, os quais podem assumir forma de bens ou de serviços. Ao me apropriar do raciocínio desenvolvido por Campos (2007a), destaco que tais produtos têm o potencial de satisfazer às necessidades humanas objetivas e subjetivas, inclusive as dos seus produtores. Neste sentido, entendo como necessidades objetivas àquelas inerentes à própria sobrevivência que podem ser atendidas mediante o recebimento de uma remuneração, por exemplo; e, por necessidades subjetivas aquelas relacionadas à realização pessoal.

Contudo, no modo capitalista de produção, o trabalho passou a ser “mercadoria”, visto que no intercâmbio de relações (mercadorias e capital) que o sistema exige há compra e venda da força de trabalho. Esse processo de compra e venda é legitimado no meio social no qual há algumas condições básicas que se tornaram generalizadas a partir deste modo de

produção, quais sejam: 1. os trabalhadores são separados dos meios de produção e dos produtos por eles elaborados e somente tem acesso a eles vendendo sua força de trabalho, de acordo com Braverman (1987) e Campos (2007a); 2. os trabalhadores são livres de constrangimentos legais que os impeçam de dispor de sua força de trabalho; e, por fim, 3. o propósito de emprego do trabalhador passa a expressar a expansão de uma unidade de capital pertencente ao empregador, o qual atua como capitalista.

Deste modo, segundo defende Braverman (1987), o processo de trabalho se inicia com a realização de um contrato ou acordo que determina as condições de venda da força de trabalho pelo seu detentor e de sua compra pelo empregador.

Não obstante, o afastamento dos trabalhadores dos meios de produção e dos resultados do seu próprio trabalho conduz o trabalhador a uma alienação, a partir da qual a gestão dos modos de produção e os produtos de sua força de trabalho se tornam coisas alheias e estranhas ao seu produtor. Portanto, na sociedade capitalista, caracterizada pela propriedade privada dos meios de produção, o trabalho, muitas vezes, ao invés de constituir-se em fonte de realização e finalidade básica do homem, é transformado em mecanismo de subsistência e fonte de desrealização (CAVAIGNAC, 2004; CAMPOS, 2007a).

Nesta configuração do “mundo do trabalho”, apesar de reconhecer o trabalho como prática social transformadora do mundo/natureza e do próprio homem, como ator desse processo transformador percebo que, quase sempre, ele não se constitui sujeito, pelo contrário, está mais na condição de sujeitado. Tal situação pode, por um lado, conduzi-lo à “coisificação” no modo capitalista de produção; por outro lado, a um trabalho “doloroso” em vez de “prazeroso”. Assim, há um desvio da teleologia do trabalho, pois de “fonte de prazer” e realização passa a constituir causa de “dor” e desrealização.

Como estratégia de reversão desse quadro, acredito que Campos (2007a) apresenta um caminho possível de ser percorrido: a possibilidade de transformar o trabalhador de sujeitado a sujeito dos e nos processos produtivos, tendo como condição essencial desse movimento a permissão para a expressão de autonomia por parte dos trabalhadores, bem como a criação de espaços de co-gestão dos processos produtivos e dos resultados do próprio trabalho balizados numa arena atravessada pela necessidade de controle por parte dos detentores dos meios de produção. Tudo isto tendo em vista reduzir o risco da expressão subjetiva do trabalhador não interferir na qualidade dos produtos idealizados. Nesta perspectiva, busca-se deflagrar a alienação anteriormente comentada.

Todavia, não se pode desconsiderar que as transformações mais recentes ocorridas no modo de produção capitalista têm produzido fortes impactos sobre as forças de trabalho. Neste sentido, as transformações do modelo econômico decorrentes da reestruturação produtiva mediante o desenvolvimento tecnológico, da integração mundial nos mercados financeiros, da internacionalização das economias, da desregulamentação e abertura de mercados, entre outras, em suas causas e conseqüências político-sociais, vêm atingindo amplos setores da população trabalhadora. Assim, o movimento de globalização da economia provocou maior valorização do capital em detrimento da força de trabalho, a qual passou a padecer com sua desregulamentação, flexibilização e até com o desemprego, tanto nas corporações industriais quanto nos serviços (GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1999; CAVAGNAC, 2004).

Diante dessa ordem social concreta, marcada pela reestruturação produtiva provocada, em parte, pelo desenvolvimento tecnológico materializado em máquinas e equipamentos, pela globalização da economia e neoliberalismo, Cavaignac (2004) advoga que a subjetividade da “classe-que-vive-do-trabalho” acaba por se conformar aos interesses econômicos da sociedade capitalista e à lógica de um sistema cuja base é a exploração do trabalho.

A expressão “classe-que-vive-do-trabalho” foi primeiramente utilizada por Antunes (1997) no intuito de atribuir validade contemporânea ao conceito de classe trabalhadora proposto por Marx, incorporando à totalidade do trabalho social, a totalidade do trabalho coletivo assalariado. Neste contexto, compreende todos aqueles que vendem sua força de trabalho, tendo como núcleo central: os trabalhadores “produtivos” – constituídos por aqueles que produzem diretamente mais valia e participam diretamente do processo de valorização do capital, o que os reveste de centralidade no interior da classe trabalhadora, encontrando no proletariado industrial seu núcleo principal; e os trabalhadores “improdutivos” – aqueles cuja força de trabalho é utilizada na produção de serviços, seja para uso público ou capitalista. Estes não contribuem diretamente para a valorização do capital, inserindo-se nesse contexto, os trabalhadores da saúde, entre outros. Seu trabalho é consumido como valor de uso expresso na utilidade do produto e permite sua realização (consumo), segundo aponta a teoria marxista, referendada por Campos (2007a).

No setor de serviços, em particular no setor saúde, há décadas, a gestão da força de trabalho tem se configurado como uma área carente de intervenções tanto no âmbito macro quanto no micropolítico, mediante o desenvolvimento, implementação e operacionalização de

estratégias que tendam a equacionar os diversos impasses, conflitos e contradições que atravessam essa arena dentro dos sistemas e serviços de saúde.

Ao adentrar na discussão acerca dos processos de trabalho no setor saúde, acredito ser premente considerar que as formas como se constituíram os processos de organização do trabalho no mundo capitalista à luz das teorias da administração, as quais durante décadas corroboraram para que as gerências das instituições empregadoras destituíssem seus trabalhadores de vontades, criatividade e capacidades próprias, enfim podaram a autonomia dos trabalhadores, como discutido anteriormente, não se confinaram apenas ao setor fabril, mas se estenderam a outros, inclusive na produção de serviços, como é o caso da saúde. Neste sentido, ainda pode ser percebido o reflexo destes modelos organizacionais ao se visualizar instituições de saúde com estruturas rigidamente hierarquizadas, com subordinação integral do indivíduo e uma maior preocupação com a quantidade de trabalho do que com a qualidade da assistência ofertada, segundo defende Kurcgant (1991).

Ao analisar o pensamento da autora, ora apresentado, na tentativa de articulá-lo à realidade concreta dos serviços no Brasil, não se pode negar que, de fato, houve uma forte influência das teorias da administração na organização do processo de trabalho em saúde, sobretudo na área da enfermagem, campo de atuação desta. Além disso, a construção teórica da autora está fortemente influenciada por um modo de organização do processo de trabalho em saúde pautado no modelo médico hegemônico, procedimento-centrado, edificado no Brasil desde o início do século XX, com o Relatório Flexner, segundo Mendes (1996) e Paim (2003) referendado por Jorge *et al.* (2007). No âmago desse contexto, vê-se claramente a divisão técnica e social do trabalho, em que o médico era detentor do saber e do “poder” e os demais profissionais meros auxiliares/cumpridores da prescrição médica. Tal modelo influenciou a prática e organização dos serviços de saúde direcionando para a centralização das ações nas especialidades médicas, valorizando o individualismo e o biologismo, por meio da concentração de recursos na tecnificação e no espaço hospitalar.

Entretanto, o pensamento defendido pela autora parece não aceitável na sua totalidade, particularmente no relacionado à subordinação total do sujeito/trabalhador, pois filio-me ao pensamento de Feuerwerk (2005) e Merhy (2007a), que se contrapõe a esta lógica ao considerarem que o trabalho em saúde não é plenamente controlável, por ser baseado numa relação entre pessoas, em todas as suas fases operacionais e, por conseguinte, sempre está sujeito aos desígnios do trabalhador em espaço autônomo, privado, de concretização dos atos

de saúde. Dito de outra forma, há autogoverno no espaço privado no qual se processa a relação, o encontro entre trabalhador e usuários durante o processo de trabalho.

Além disso, o pensamento referido encontra-se inscrito num contexto histórico-social e político no qual já havia tendências a mudanças no referente à organização dos serviços e das práticas de saúde, visando ampliação de serviços de saúde e melhor qualidade, em decorrência de toda uma articulação do movimento de Reforma Sanitária, desde a década de 1980, na busca de construção de um sistema de saúde fundamentado em princípios como a universalidade, participação popular, equidade e integralidade da atenção. Ao partir dessa discussão, e diante da complexidade das relações e das tecnologias que são incorporadas na organização do processo de trabalho, acredito que este posicionamento não dá conta de explicar todo esse cenário, nem do ponto de vista da gestão da força de trabalho tampouco da produção do cuidado.

De acordo com Pires (1998), o processo de trabalho em saúde tem como finalidade a ação terapêutica, e seu objeto é o indivíduo ou grupo sadio, enfermo ou exposto a risco, que necessitam de ações curativas, de promoção da saúde ou prevenção de doenças. O instrumental de trabalho é composto, na concepção da autora, pelos instrumentos e condutas; e o produto final, a própria assistência que é consumida ao mesmo tempo em que é produzida.

Ao analisar o processo de trabalho em saúde, Merhy (2006a; 2007a; 2007b) e Mehry e Franco (2003) não consideram que a finalidade do processo de trabalho em saúde é a cura. Segundo eles, o trabalho em saúde tem por fim a produção de serviços de saúde, mais particularmente, ações de cuidar, as quais se materializam em atos de cuidado, atravessados por processos intersubjetivos nos quais se concretizam nos processos relacionais entre o cuidador e o que é cuidado, caracterizando o trabalho vivo em ato. Para ele, todo processo de trabalho em saúde resulta em atos de cuidar. Tais atos perseguem a produção do cuidado. Assinala, ainda, que o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato permanentemente, em que nesse trabalho se atua diferentemente de em outros processos produtivos nos quais o trabalho vivo em ato pode e deve ser enquadrado e capturado globalmente pelo trabalho morto e pelo modelo de produção.

No entanto, o trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pelo trabalho morto (expresso em equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados) porquanto seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas configuram-se em processos de intervenção em atos, operando em tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados.

Nesse sentido, comporta, portanto, um grau de liberdade significativo na escolha do modo de realizar essa produção.

Conforme se pode perceber, a operacionalização dos atos de cuidar no sentido de materializar o produto da assistência à saúde envolve diversas tecnologias. Nas últimas décadas, tem-se presenciado uma transição tecnológica tanto no setor fabril quanto no de produção de serviços, em particular no campo da saúde. Neste destaca-se a inserção de equipamentos, produtos de tecnologia de ponta, nos processos de produção com implicação nos processos produtivos, sobretudo no campo hospitalar, dominado pela hegemonia médica. A transição tecnológica imprime alterações no parcelamento dos processos de trabalho, no perfil da qualificação dos trabalhadores, no mercado da força de trabalho (MERHY, 2007a).

Reportando-me ao campo da saúde mental, campo de investigação neste estudo, ao considerar a mudança de paradigma na organização dos serviços e das práticas como fruto do movimento de Reforma Psiquiátrica, discutida anteriormente, a partir do qual desencadeou-se a estruturação de rede de serviços substitutivos ao modelo psiquiátrico asilar, pode-se afirmar que o palco de atuação dos trabalhadores se desloca do manicômio – local de exclusão/segregação social e castração da autonomia e subjetividade, para uma estrutura de serviços de base comunitária, centrada no território na perspectiva da reinserção social. Neste sentido, toma como fio condutor das ações o delineamento de linhas de cuidado fundamentadas na defesa dos direitos dos usuários a partir do estímulo ao desenvolvimento de uma consciência cidadã, da autonomia, do acolhimento, do vínculo e responsabilização.

É inquestionável que, em meio a este processo, em construção, ocorre a aquisição de novos saberes e de novos modos de agir em saúdes, tendo em vista a adequação dos trabalhadores aos novos serviços. Implica dizer que ocorreu também uma inversão na lógica de organização do processo de trabalho, antes pautada pela rigidez hierárquica e pelo trabalho individualizado. Passa-se agora ao desenvolvimento do trabalho em equipe numa dinâmica interdisciplinar na qual se prima por uma construção coletiva dos processos de trabalho.

Portanto, visualiza-se, de forma clara, a incorporação das tecnologias leves como ferramentas imprescindíveis à operacionalidade dos processos de trabalho em saúde mental, implicando a construção de novo modo de operar as relações dos trabalhadores entre si e destes com os gestores e usuários dos serviços. Deste modo, infere-se que como trabalho vivo em ato o processo de trabalho em saúde mental, em todas as fases de sua realização, está sempre sujeito aos desígnios do trabalhador em seu espaço autônomo, particular, de

concretização da prática. Desta forma não é passível de total controle como nos modos de produção fabril.

Nesta perspectiva, segundo Merhy (2002; 2007a) os serviços de saúde se constituem em palcos da ação coletiva de atores que têm intencionalidade em suas ações e que disputam o sentido geral do seu trabalho. Atuam produzindo uma mistura, nem sempre evidente, entre seus territórios privados de ação e o processo público de trabalho.

2.2.2 Micropolítica do processo de trabalho em saúde mental: em busca da construção do trabalhador coletivo e da produção de vida

Na visão de Oliveira e Alessi (2005), o trabalho em saúde mental, inicialmente restrito à prática médica psiquiátrica, era direcionado a mera classificação e descrição das doenças mentais. Centralizava na figura do psiquiatra todo o arsenal de cura e situava na instituição psiquiátrica seu local de operacionalização. Contava, nesses locais, com as práticas complementares de pessoal subalterno que tinham como linha diretiva do seu agir o controle dos internados nos moldes do chamado tratamento moral proposto por Pinel. Contudo, essa lógica de organização do trabalho, pautada na medicina liberal, característica do século XIX, sofreu modificações em decorrência das transformações sócio-históricas em curso desde esse período até a atualidade.

Nas últimas décadas, é possível visualizar, a partir do processo de Reforma Psiquiátrica, a ocorrência de metamorfose no referente aos saberes e às práticas em saúde mental. O lócus da intervenção, tradicionalmente centrado no manicômio, desloca-se para os serviços de base comunitária em que os cuidados são desenvolvidos no território geográfico e social do sujeito numa lógica de atuação substitutiva ao espaço manicomial.

De acordo com Koda (2003), a oposição ao modelo manicomial imprimiu também modificações nas relações de poder entre usuários e trabalhadores. Enquanto nos asilos a relação é marcada pela rígida hierarquia, pela cisão entre sujeito e objeto do conhecimento, pelo uso da violência institucionalizada e pelo controle, nos serviços substitutivos as relações devem ser construídas a partir de lógica diversa. Aqui, o trabalhador passa a ser uma espécie de facilitador nas negociações dos projetos dos usuários, mediando propostas tanto do lado destes como do lado da sociedade.

Parece importante destacar que apesar de na prática das instituições psiquiátricas (hospícios, hospitais psiquiátricos) ter existido diversas categorias de trabalhadores, constituindo equipes multiprofissionais, o trabalho era fundamentado no modelo médico hegemônico caracterizado por uma acentuada hierarquia nas relações. Deste modo, os demais trabalhadores ficavam “reféns” do saber e do poder do psiquiatra e inexistia articulação dos diversos saberes.

A reconfiguração dos serviços de saúde mental, orientada para o cuidado no território, traz em seu bojo modificações nos modos de organizar os processos de trabalho e de produzir suas ações. Tal situação impôs a urgência de ampliação das equipes de saúde mental numa perspectiva de atender às necessidades de saúde apresentadas pelos usuários, buscando a integrar o homem em suas diversas dimensões como, por exemplo, biológica, ético-política, social, filosófica e religiosa. Emerge, portanto, uma dimensão de trabalho em equipe com seus fundamentos oriundos da interdisciplinaridade, rompendo a fragmentação dos saberes e hierarquização das relações, antes de subalternidade.

Em relação ao trabalho em equipe, Peduzzi (2001) advoga que se configura como estratégia de enfrentamento do intenso processo de especialização na área da saúde. Contudo esse processo tende a aprofundar verticalmente o conhecimento e a intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem contemplar simultaneamente a articulação das ações e dos saberes. Para romper com essa possibilidade torna-se premente viabilizar uma atuação conjunta das diversas categorias de trabalhadores pautada na problematização do saber e do fazer em busca de um núcleo comum de intervenções a ser desenvolvido por todos os membros da equipe sem ferir, do ponto de vista ético e legal, as especificidades de cada especialidade. Ou seja, uma organização dos processos de trabalho na lógica da interdisciplinaridade. Tal perspectiva de atuação representa um desafio a ser enfrentado pelos trabalhadores de saúde mental dentro dos serviços de saúde mental implantados sob os signos das diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

Fundamentado nas considerações ora apresentadas, é coerente afirmar o seguinte: os novos equipamentos¹ de atenção à saúde mental, considerados substitutivos ao asilo, eleitos como cenário para esta pesquisa que tem como objeto a satisfação dos seus trabalhadores, constituem-se palco para atuação de diversos atores, envolvidos no processo de trabalho, onde se busca desenvolver linhas de cuidados que tornem possível o resgate da

¹ o termo equipamentos, nesta lógica, é utilizado como equivalente a serviços de saúde mental orientados pela lógica da reforma Psiquiátrica.

cidadania e da autonomia do usuário. Portanto, direcionam para novos modos de organização dos processos de trabalho e de produção do cuidado.

Nesse contexto, o trabalho em saúde mental apresenta peculiaridades, em virtude da intensa produção sub e intersubjetiva em curso no interior desse cenário o que o reveste de complexidade. Diante desta realidade concreta, Silva e Teixeira (2003) apontam algumas condições fundamentais para que os trabalhadores de saúde mental atendam às necessidades de saúde apresentadas pelos usuários. Entre estas, destaco a necessidade de ressignificar os modos de compreender e de lidar com loucura e de ampliação da qualificação tanto na dimensão técnica, quanto na dimensão ético-política, comunicacional e de inter-relações.

Com base nessa consideração, o desafio posto para os sujeitos atuantes na rede de saúde mental é, consoante Merhy (1997), a busca de um outro modo de operar o trabalho e elaborar a relação do trabalhador com os usuários dos serviços de saúde, edificando uma relação mais solidária entre trabalhadores e usuários e dos trabalhadores entre si do ponto de vista de seu desempenho técnico, e da construção do trabalhador coletivo nesta área. É preciso, pois, crer na fabricação de novos coletivos de trabalhadores no campo da saúde mental, que consigam, a partir de seus atos vivos – tecnológicos e micropolíticos do trabalho em saúde – produzir mais vida e interditar a produção da morte provocada pelo modelo manicomial, caracterizada pela castração da cidadania, autonomia e subjetividade do portador de transtorno mental. Produzir mais vida significa possibilitar, com o trabalho vivo em ato, liberdade para a produção de sentidos e sentimentos, a autonomia e o resgate da cidadania mediante a reinserção social (MERHY, 2007c).

De acordo com Merhy (2002; 2007a), as relações entre os sujeitos, no campo da saúde, podem ser sumárias e burocráticas - onde a assistência é produzida de forma centrada no ato prescritivo, compondo um modelo que tem na sua essência o predomínio do saber médico hegemônico, produtor de procedimentos; ou, podem ocorrer como relações intercessoras, estabelecidas no trabalho vivo em ato a partir do encontro do trabalhador com o usuário no interior do processo de trabalho durante o ato de cuidar. Essas relações intercessoras se configuram por meio de práticas como acolhimento, vínculo, autonomia, entre outras, como expressão das tecnologias leves do trabalho em saúde operadas no encontro do trabalho vivo em ato com o usuário, cuja aplicabilidade é imprescindível no trabalho em saúde mental, no interior dos serviços substitutivos, como condição para a produção e defesa da vida individual e coletiva.

Diante do exposto, o processo de trabalho em saúde mental, em sua micropolítica, configura-se como um território complexo atravessado por forças instituídas e instituintes. Na tentativa de compreendê-lo é preciso tomar consciência de que foi construído e modificado em diversos contextos históricos e sociais à medida que edificou progressivamente modos de lidar com a loucura e formas de organizar e produzir serviços de saúde mental, partindo do princípio de que qualquer serviço de saúde, palco de encenação dos processos de trabalho, configura-se como lugar de relações porque depende de trabalho vivo em ato – consumido no momento em que é produzido, de micropolíticas de encontros e de jogos de poder entre sujeitos/territórios (MERHY; FRANCO, 2003; MERHY, 2007c).

Ao partir dessa premissa, concordo com Merhy (2006a) que é no encontro entre o usuário e o trabalhador no interior do processo de trabalho onde abre-se um espaço intercessor, no qual ocorre uma relação mútua de intervenção em ato, constituindo uma micropolítica do encontro a partir desse processo singular que irá delinear o fio condutor do modo de operar do serviço de saúde. Pois é nesse momento do encontro que o usuário apresenta seu problema/necessidade de saúde que poderá se traduzir ou não na base para a construção da relação com ele, em busca da solução do seu problema/satisfação de sua necessidade. Nesta perspectiva, constrói-se a possibilidade de maior ou menor resolubilidade do serviço a partir de projetos de intervenção adotados.

Por conseguinte, os serviços de saúde, ao primarem pela qualidade da atenção pautada na busca da resolubilidade, deverão adotar linhas de cuidado capazes de resolver os problemas de saúde detectados em cada caso concreto. Nesta perspectiva é que se defende a imprescindibilidade de situar o usuário como centro do projeto terapêutico.

Adotar os problemas/necessidades de saúde como eixo orientador da organização do trabalho em saúde significa adotar a concepção de que o trabalho em saúde pode ser entendido como todo ato técnico direcionado para a intervenção direta e indireta sobre o objeto (usuário) e suas necessidades. Contudo, estas necessidades de saúde são socialmente produzidas, levando em conta o contexto social do usuário/família e as diferentes concepções de saúde/doença mental. Deste modo, segundo Mendes-Gonçalves (1994), o processo de trabalho em saúde é atravessado por relações sociais historicamente determinadas desenvolvidas pelos profissionais mediante a relação dialética entre os problemas/necessidade de saúde apresentados aos serviços de saúde e o(s) modo(s) como estes são organizados.

Tomando como referência os serviços substitutivos em saúde, retomo que suas ações são desenvolvidas num território (AMARANTE, 2007), conceito incorporado da

geografia para designar a área sobre a qual o serviço deve assumir a responsabilidade sobre as questões de saúde mental (SOUZA, 2004). Todavia, para Campos (2007a) a compreensão de território deve extrapolar a dimensão geográfica para representar também o espaço onde se produzem e reproduzem modos singulares de vida, com interesses e necessidades diversos, que geram conflitos e contradições, impondo a necessidade de negociação e formulação de contratos, por vezes tácitos, que influenciam o processo de trabalho, devendo ser considerados como dispositivos para o planejamento e gestão do trabalho e do cuidado em saúde.

Dito isto, retomo a afirmação segundo a qual a resolubilidade dos serviços, muitas vezes, depende da articulação de redes sociais intra e intersetoriais que podem ultrapassar os limites do território geográfico e “social” ao qual o usuário pertence. Nesta perspectiva, concordo com Amarante (2007) para quem o trabalho em saúde mental deve se pautar no princípio da intersectorialidade, como conjunto de estratégias que perpassam vários setores sociais, tanto no campo da saúde mental e da saúde em geral, quanto das políticas públicas e da sociedade como um todo. Isto no sentido de sair da base territorial em busca, na sociedade, de vínculos que complementem e ampliem os recursos existentes, de construção de redes sociais, tendo em vista a satisfação das necessidades de saúde dos usuários a partir da sua integração nas diversas dimensões: biológica, ético-política, social, filosófica e religiosa, por exemplo.

Parece uma tarefa complexa, mas adotar uma organização do trabalho centrada no usuário, constitui-se naturalmente um dos desdobramentos do projeto terapêutico elaborado. Aqui, mais uma vez, emerge como fundamental no campo da saúde mental a aplicabilidade das tecnologias leves no interior dos processos de trabalho no sentido de viabilizar a prática do acolhimento no cotidiano dos serviços de saúde mental, como dispositivo capaz de permitir a produção de confiança no usuário em relação ao trabalhador. Desse modo, o usuário é encorajado a expor suas necessidades reais e potenciais, a partir das quais será traçada sua trajetória dentro do serviço de saúde e até mesmo realizado os encaminhamentos para outros serviços.

Apesar de complexa, tal tarefa é possível, a partir de uma construção coletiva a qual pode ser produzida pelas relações dos trabalhadores com os usuários e dos trabalhadores entre si estabelecidas nos vários momentos do processo de trabalho. Nestes momentos, criam-se espaços intercessores nos quais ocorre o encontro do agente produtor e suas ferramentas com o agente consumidor, tornando-o objeto de ação daquele produtor, mas sem que, com isso, deixe de ser também um agente capaz de, em ato, expressar seus conhecimentos e

representações, materializando seu modo de sentir e elaborar necessidades de saúde (MERHY, 2006a).

Portanto, na micropolítica do processo de trabalho não há espaço para a noção de impotência, tendo em vista que se o processo de trabalho está sempre aberto a presença do trabalho vivo em ato, é porque ele pode ser sempre atravessado pelas distintas lógicas que o trabalho vivo pode comportar. Assim, a partir da “exploração” de sua criatividade permanente, o trabalhador, ao agir numa dimensão pública e coletiva, pode inventar novos processos de trabalho e mesmo direcioná-los a outros “horizontes”, tendo em vista a produção de vida e subjetividade dos usuários, muitas vezes, sofridos e podados em seus desejos.

2.3 Satisfação no trabalho: construção teórico-conceitual

A discussão a respeito da satisfação no trabalho, também chamada de satisfação profissional ou ainda satisfação no emprego, remete à reflexão sobre os processos de subjetivação do trabalhador elaborados a partir do (e no) ambiente de trabalho. Estes, acredito, são atravessados por elementos inerentes à estrutura organizacional, à gestão da força de trabalho, e, sobretudo, pelos resultados de seus (des)encontros durante a atuação nos espaços público e privado dos processos de trabalho.

A satisfação no trabalho representa um fenômeno complexo que vem sendo amplamente estudado, cujos primeiros estudos desenvolvidos datam da década de 30 do século XX. Desde então o tema tem despertado o interesse de pesquisadores de diversas áreas do conhecimento tanto no cenário internacional quanto no nacional. No entanto, apesar do interesse crescente por estudos nessa temática, ainda não há consenso nem sobre teorias ou modelos teóricos de satisfação no trabalho. Por conseguinte, a análise de estudos sistemáticos nesta área permite a visualização de verdadeira polissemia no referente à sua definição e adoção de referencial teórico-metodológico nos estudos realizados (DEL CURA; RODRIGUES, 1999; MARTINEZ, 2002; MARTINEZ; PARAGUAY, 2003; MARQUEZE; MORENO, 2005).

Esse crescente interesse por estudar a satisfação no trabalho apóia-se no pressuposto básico de que esta constitui um fenômeno capaz de influenciar diretamente o desempenho do trabalhador, e pode, ainda, interferir no comportamento do indivíduo desde o âmbito profissional até o social, além de produzir efeitos na saúde física e mental (DEL

CURA; RODRIGUES, 1999; MARTINEZ, 2002; MARTINEZ; PARAGUAY, 2003; MARTINEZ; PARAGUAY; LATORRONE, 2004; FERREIRA; POSSARI; MODERNO, 2006).

Neste sentido, há uma predominância de pesquisas sobre satisfação no trabalho na perspectiva de investigação da sua relação com os aspectos psicossociais no trabalho, estresse e Síndrome de Burnout, tanto no cenário internacional, conforme é percebido nos estudos de Mawardi (1979), Happell, Martins e Pinikahana (2003), Reid, Johnson, Kuipers, *et al.* (1999), entre outros; quanto no cenário nacional consoante é percebido nos trabalhos de Martinez (2002), Martinez, Paraguay e Latorrone, (2004) e Porto *et al.* (2006), por exemplo. Portanto, esses autores buscam detectar as implicações da satisfação no trabalho na saúde do trabalhador numa relação de causa-efeito, o que parece complexo e difícil de ser estabelecido, segundo alguns deles reconhecem.

No entanto, mais recentemente a satisfação no trabalho tem sido apontada e/ou utilizada como indicador para avaliar a qualidade de serviços de saúde, em particular nos serviços de saúde mental. Nesta vertente estão pesquisadores como Pitta *et al.* (1995), Pitta (1996), Libério (2001), Almeida (2002), Bandeira, Pitta e Mercier (1999; 2000), Rebouças (2005) e Rebouças, Legay e Abelha (2007). Nesta perspectiva, ao discorrer sobre a avaliação da qualidade dos serviços de saúde, como Jorge, Cavalcante e Moraes (2005) referem, para um serviço melhorar a qualidade da assistência é fundamental o desenvolvimento de pesquisas que envolvam as opiniões tanto dos usuários quanto dos profissionais, pois elas não são necessariamente antagônicas. Por esta razão o processo de avaliação dos serviços de saúde deve envolver não somente quem os usufrui, mas também quem os produz.

Há ainda uma terceira tendência de investigação acerca de satisfação no trabalho, direcionada à mensuração e as concepções de satisfação, bem com a identificação dos aspectos de (in)satisfação presentes nos ambientes de trabalho conforme pode ser aferido nos estudos de Ferreira, Possari e Moderno (2006); Del cura e Rodrigues (1999); e Batista *et al* (2005). Assim, o presente estudo se aproxima de algumas das perspectivas visualizadas nessa tendência de pesquisa apresentada.

As possibilidades de tendências de estudos supra-referidas refletem a diversidade de referenciais teórico-metodológicos adotados nas pesquisas sobre satisfação no trabalho, cuja escolha depende dos objetivos/interesses do pesquisador. No entanto, não se pode negar que esta diversidade concorre para a falta de consenso sobre as teorias de satisfação, o que gera uma polissemia em torno dessa categoria.

Na busca de um conceito para satisfação no trabalho, Del Cura e Rodrigues (1999) afirmam que um dos precursores dos estudos sobre satisfação no trabalho foi Frederick W. Taylor, fundador da Escola de Administração Científica. Para Taylor o conceito de satisfação estava intimamente relacionado à questão da fadiga e do salário, e suas respectivas implicações na produtividade. Desta forma, entre os pressupostos por ele elaborados, destacavam-se as recompensas monetárias, consideradas como motivadores da eficiência e produtividade, capazes de gerar satisfação no trabalho. Contudo, as mesmas autoras apresentam, a partir de uma revisão de literatura, uma contraposição a essa afirmação de Taylor. Segundo asseveram, a satisfação passou a ser considerada como muito mais determinada pelas relações sociais presentes no ambiente de trabalho do que pela recompensa financeira.

Em estudos exaustivos acerca de conceitos e teorias sobre esta temática, Martinez (2002), Marqueze e Moreno (2005) reconhecem a polissemia existente e atribuem tal fato à complexidade do tema e ao referencial teórico adotado. Conforme afirmam, as conceituações mais freqüentes apontam a satisfação no trabalho como sinônimo de motivação, como atitude ou estado emocional positivo, ou, ainda, como o extremo oposto de insatisfação no trabalho, embora também haja aqueles que consideram satisfação e insatisfação como fenômenos distintos.

Pautada em outros estudiosos do assunto, Martinez (2002) considera que algumas dessas relações são equivocadas e resultam de dificuldades ou falhas metodológicas em estudos sobre o assunto. Desse modo, refere que satisfação é diferente de motivação porque a primeira expressa a sensação de atendimento de necessidade e a segunda manifesta a tensão gerada por uma necessidade; difere satisfação no trabalho de atitude, por aceitar que as atitudes são disposições para agir decorrentes de conceitos, informações e emoções. Assim, algumas delas podem resultar da satisfação, mas não integram a sua definição; no tocante à relação satisfação \times insatisfação no trabalho, a autora, está mais próxima daqueles que concebem ambas como pertencentes a um mesmo fenômeno, não desassociados, pois alguns aspectos podem ser responsáveis tanto pela satisfação quanto pela insatisfação. Por conseguinte, não é aceitável a concepção de serem dois contínuos unipolares independentes.

Diante do exposto, há de se reconhecer que por se tratar de um produto da subjetividade humana representa um fenômeno complexo de difícil definição. Contudo, é imperativa a adoção de uma conceituação capaz subsidiar a reflexão proposta nesse estudo.

Nesta perspectiva, adoto a concepção segundo a qual a satisfação no trabalho compõe-se de um conjunto de sentimentos favoráveis ou desfavoráveis pelos quais os trabalhadores percebem seu trabalho, e esta percepção envolve componentes cognitivos, emocionais e comportamentais. Por conseguinte, não é algo estática, pode variar de pessoa a pessoa, de uma circunstância para outra e até mesmo ao longo do tempo (MARTINEZ; PARAGUAY; LATORRONE, 2004; D'ANGELO, 2005).

Dito de outra maneira, a satisfação no trabalho representa uma produção subjetiva elaborada a partir da (e na) realidade concreta experienciada no contexto do ambiente de trabalho, considerando os aspectos objetivos – condições de trabalho e subjetivos – percebidos/sentidos nas relações sociais que permeiam esse ambiente. Portanto, é atravessada pela percepção e avaliação que se faz experiência de trabalho, mediante metas e valores pessoais perante a vida.

Assim, a satisfação profissional está sujeita às influências de forças internas e externas ao ambiente de trabalho. Segundo autores como Fraser (1983), Martinez, Paraguay e Latorrone (2004), as forças capazes de influenciar no nível de satisfação do indivíduo, são de natureza pessoal, como idade, tempo de experiência profissional, situação conjugal, nível de formação, distância entre o trabalho e a residência, planos pessoais, necessidades familiares, traços da personalidade, comprometimento, integração social, significado do trabalho, expectativa em relação ao trabalho e responsabilidade pelos resultados do trabalho; e de natureza profissional, como interação, autonomia, *status* da profissão, normas organizacionais, níveis de comunicação, remuneração, estresse, reconhecimento, rotinização e papel desempenhado na instituição.

No campo específico do trabalho em saúde mental, além destes aspectos, o contato direto com portadores de transtorno mental na instituição também pode interferir na satisfação profissional, bem como gerar sobrecarga. Diante desta possibilidade, a Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborou escalas para avaliar o grau de satisfação e a sobrecarga dos profissionais de saúde mental em relação ao trabalho e aos serviços ofertados (BANDEIRA; PITTA; MERCIER, 1999; 2000).

Conforme o exposto, diversos determinantes podem afetar/contribuir para que o trabalhador sinta-se ou não satisfeito no trabalho, em maior ou menor proporção. No entanto, se, por um lado, a satisfação é influenciada por esses determinantes, por outro ela exerce influências sobre o trabalhador. De acordo com autoras como Martinez e Paraguay (2003) e Marqueze e Moreno (2005), essas influências podem se manifestar sobre a saúde física e

mental, a qualidade de vida e o comportamento, com conseqüências para os indivíduos e organizações onde trabalham. Segundo destacam, assim como os determinantes, as conseqüências da satisfação no trabalho também são individuais e diversas, e podem abranger os planos pessoal e profissional, sendo unânime a constatação de que os aspectos psicossociais do trabalho têm interferência nos processos saúde-doença.

Ao repensar acerca das escalas propostas pela OMS e da existência de diversos instrumentos, orientados pela metodologia quantitativa, para a avaliação da satisfação no trabalho, ressalto que ao reconhecer a satisfação como uma produção subjetiva, as escalas parecem não ter o potencial de captar a natureza do objeto nos seus aspectos mais profundos, sobretudo no referente aos sentidos e significados a ela atribuídos.

Diante do exposto, compreendo que é fundamental conhecer a percepção dos trabalhadores quanto a sua satisfação e aos serviços, bem como os aspectos possivelmente responsáveis por maior ou menor grau de satisfação e até mesmo de insatisfação, considerando que esta pode interferir na postura do profissional em relação à instituição e ao processo de trabalho. Ou seja, pode comprometer a qualidade dos serviços. Como este estudo tem por finalidade analisar as percepções dos trabalhadores sobre a temática relacionado-a ao seu contexto social, foram adotados métodos qualitativos para a apreensão do objeto da pesquisa.

Capítulo 3

Percurso Metodológico

Nas condições de pesquisa social [...] revela-se muitas vezes que o que poderia, em um primeiro momento, ser tomado como aspecto irrelevante, mostra-se intrinsecamente vital para a compreensão e a explicação do objeto. O andamento da pesquisa, em todas as suas fases, é capaz de impor correções e redefinições: ao contrário de um procedimento protocolarmente delimitado de saída, no caso da investigação sobre objetos sociais, a pesquisa se faz predominantemente no processo, na resolução de tensões permanentes entre os pólos epistemológico, teórico, morfológico e técnico internos a ela, e também na interação com espaço mais amplo em que a investigação se orienta inclusive pelo significado vivo de seu objeto, o qual “foge” permanentemente dos pontos sucessivos em que foi por último entrevisto e assume incessantemente novas determinações. A pesquisa é processual, porque é processual a realidade a que ela se aplica.

Ricardo Bruno Mendes Gonçalves

3 Percurso Metodológico

3.1 Natureza do Estudo

A metodologia, conforme Minayo (2006) pode ser entendida como o caminho que leva o pesquisador à abordagem da realidade e consta do processo por meio do qual os fenômenos se desenvolvem.

A escolha metodológica para o desenvolvimento de uma pesquisa sobre um tema específico, mais propriamente, acerca de um determinado fenômeno social de interesse particular do pesquisador ou de um grupo de pesquisa, concorre para a construção processual de um caminho, de uma trajetória a ser percorrida. Esta se inicia na delimitação do objeto a ser investigado, na elaboração dos pressupostos teóricos, da circunscrição do tempo-espaço no âmbito do qual tal estudo será desenvolvido, definição das técnicas empregadas para obtenção dos dados necessários durante a fase de campo da pesquisa, e, finalmente, na opção pelo método de análise e construção do conhecimento sobre a realidade estudada.

Neste estudo tenho a pretensão de analisar a satisfação dos trabalhadores de saúde mental tomando como ponto de partida a percepção destes sobre a temática em estudo. Desse modo, busco a compreensão de um fenômeno social que ocorre a partir dos e nos ambientes de trabalho em saúde, o qual é atravessado pelos diversos aspectos relacionados à gestão da força de trabalho e das práticas de saúde.

Dessa forma, ao tentar eleger possibilidades teórico-metodológicas para o desenvolvimento deste estudo, optei pela abordagem qualitativa, considerando que o objeto envolve dimensões subjetivas e intersubjetivas relacionadas ao trabalho de um grupo social. Portanto aproprio-me da possibilidade que esse tipo de abordagem oferece, isto é, estudar fenômenos e suas relações em seu meio natural, atribuindo um sentido a partir dos significados que os sujeitos lhes conferem (DESLANDES; GOMES, 2004).

Em se tratando de estudos acerca de fenômenos sociais, a abordagem qualitativa é apontada por Serapioni (2000) como a mais adequada por sua capacidade de fazer emergir aspectos novos, de ir ao fundo do significado e de estar na perspectiva do sujeito. Por conseguinte, é um método que possibilita a descoberta de novos nexos e explicação de

significados. Desse modo, apto para se apreender os aspectos subjetivos, os quais não estão aparentes na realidade posta.

Nessa perspectiva, Minayo (1996; 2006) considera que a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, tendo em vista que ela se ocupa, no campo das ciências sociais, com um nível da realidade não reduzível a números por se tratar de um universo composto por significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Tudo isto corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Enfim, a pesquisa qualitativa permite a análise de fenômenos sociais a partir das interpretações que os sujeitos atribuem aos fatos, práticas e relações presentes no contexto social onde vivem. São notórios sua expansão e emprego no âmbito da saúde, a qual, em virtude de sua complexidade, requer métodos de investigação que ultrapassem o positivismo e contemplem a possibilidade de abordar os fenômenos humanos e sociais em saúde de forma mais profunda, indo além da realidade posta e/ou quantificável.

3.2 O campo empírico do estudo

Quanto ao recorte espacial, o estudo foi realizado no município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará. O município encontra-se dividido administrativamente em seis Secretarias Executivas Regionais (SER) e cada uma delas é responsável pela gestão da rede de serviços de saúde existente na sua área geográfica.

No tocante aos serviços de saúde mental, no início da pesquisa, o município contava com sete hospitais psiquiátricos (1 público estadual, 4 da rede privada e 2 filantrópicos). Contudo, em decorrência do movimento de Reforma Psiquiátrica, têm sido implantados serviços substitutivos ao modelo manicomial.

O processo de implantação de serviços substitutivos teve início em 1998, com a implantação de um CAPS geral na SER III, sendo que até 2005 existiam apenas três CAPS no município de Fortaleza (CEARÀ, 2007). Em 2006 a gestão municipal iniciou um processo de reestruturação da rede assistencial com a implantação de novos equipamentos tendo em vista a ampliação da oferta de serviços e o cumprimento das diretrizes propostas pela legislação que regulamenta a Reforma Psiquiátrica. Nesse período foram implantados novos Centros de

Atenção Psicossocial (CAPS), residências terapêuticas, albergues terapêuticos, dentre outros, conforme afirmam Andrade *et al.* (2007).

Deste modo, a rede assistencial em saúde mental pública municipal, substitutiva ao modelo manicomial, de acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (FORTALEZA, 2007a), atualmente conta com dezoito equipamentos de saúde mental distribuídos nas Secretarias Executivas Regionais, segundo pode ser visualizado no **quadro 1**.

Quadro 1. Serviços substitutivos de saúde mental em Fortaleza, 2007

SER \ Serviço	CAPS Geral	CAPS i	CAPS AD	Residência terapêutica	Oca terapêutica	Hosp. Referência de dependência química
SER I	1	-	1	1	1	1
SER II	1	-	1	-	-	-
SER III	1	1	1	-	-	-
SER IV	1	1	1	1	-	-
SER V	1	-	1	-	-	-
SER VI	1	-	1	-	-	-

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

Quanto à escolha das instituições para a realização da pesquisa, optei por três Centros de Atenção Psicossocial, considerando que são equipamento de saúde substitutivos ao hospital psiquiátrico, centrados na comunidade e que o modelo de atenção estar pautado na lógica do território primando pela reabilitação psicossocial. Assim, os trabalhadores vivenciam a possibilidade de construção de novos saberes e novas práticas em saúde mental. Logo, é relevante a realização de pesquisas que, de alguma forma, evidenciem como estes sujeitos estão se conformando nestes novos serviços.

Ao optar por três CAPS entre os quatorze existentes em Fortaleza, deparei-me com a necessidade de uma segunda eleição para delimitar quais se constituíram em campo empírico do estudo. Então, para determinar as instituições, adotei os seguintes critérios: primeiro, o fato de ser CAPS geral por serem em maior número; segundo, o tempo de funcionamento desses serviços. Dessa maneira, a escolha recaiu sobre o CAPS geral da SER III, inaugurado em 1998, da SER IV e SER VI ambos fundados em 2001. A figura 1, a seguir, ilustra a divisão administrativa de Fortaleza em Secretarias Executivas Regionais.

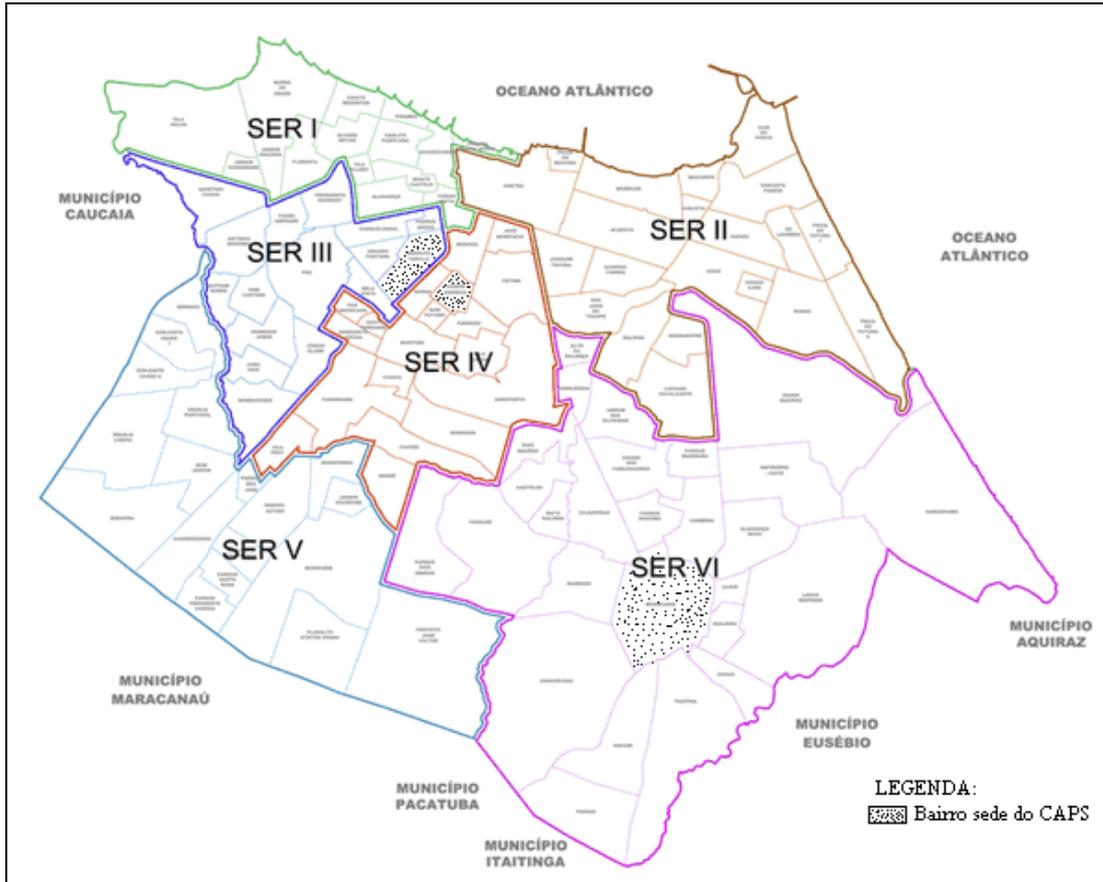


Figura 1. Mapa de Fortaleza de acordo com a divisão político-administrativa (Fortaleza, 2007b).

Conforme demonstrado na figura 2, o CAPS da SER III tem sede no bairro Rodolfo Teófilo, mas tem como área de abrangência os bairros: Amadeu Furtado, Antônio Bezerra, Autran Nunes, Bela Vista, Bom Sucesso, Dom Lustosa, Henrique Jorge, João XXIII, Jóquei Clube, Padre Andrade, Parque Araxá, Parquelândia, Pici, Presidente Kennedy e Quintino Cunha; o CAPS da SER IV com sede no bairro Jardim América atende a população dos bairros: Aeroporto, Benfica, Bom Futuro, Couto Fernandes, Damas, Demócrito Rocha, Dendê, Fátima, Itaoca, Itapery, Pan-Americano, José Bonifácio, Montese, Parangaba, Parreão, Serrinha, Vila Pery e Vila União; e o CAPS da SER VI, situado no bairro Messejana, tem como área de abrangência os bairros: Aerolândia, Alagadiço Novo, Alto da Balança, Ancuri, Barroso, Cajazeiras, Cambeba, Castelão, Cidade dos Funcionários, Curió, Dias Macedo, Edson Queiroz, Guajuru, Jangurussu, Jardim das Oliveiras, Lagoa Redonda, Mata Galinha, Parque Dois Irmãos, Parque Iracema, Parque Manibura, Passaré, Paupina, Pedras, Sabiaguaba e Sapiranga.

3.3 Sujeitos do estudo

A população de trabalhadores de saúde mental que atuam nos CAPS componentes do campo empírico do estudo é composta por 101 sujeitos, distribuídos de acordo com o disposto no quadro 2.

Quadro 2. Demonstrativo dos trabalhadores de saúde mental nos CAPS Gerais das SER III, IV e VI

Serviço	Trabalhadores		Total
	Nível superior	Nível médio	
CAPS SER III	17	12	29
CAPS SER IV	14	24	38
CAPS SER VI	20	14	34

Durante o estudo, na visita ao campo foi possível perceber que a composição das equipes não se dá de forma homogênea nos três serviços estudados. Há diferenciação na composição das equipes tanto no quantitativo geral de trabalhadores quanto nas categorias de trabalhadores de um serviço para o outro.

Contudo, por se tratar de pesquisa orientada pela epistemologia qualitativa não houve preocupação *a priori* com a quantidade de sujeitos, mas com o aprofundamento e abrangência da compreensão do fenômeno pesquisado. Desse modo, a delimitação dos sujeitos da pesquisa foi baseada na saturação teórico-empírica, na relevância dos conteúdos dos discursos e nas observações que trouxeram contribuições significativas para a compreensão do objeto em apreensão.

Com base nessa consideração, participaram do estudo 19 sujeitos. Entretanto, foram adotados critérios de inclusão destes no estudo, tais como: 1. estar no serviço há pelo menos seis meses; 2. não estar de férias ou licença; 3. disponibilidade de tempo para a entrevista; e, por fim, 4. aceitar participar da pesquisa.

Os sujeitos da pesquisa foram conformados em dois grupos, selecionados intencionalmente, conforme destacado a seguir:

Grupo I - representado por 12 trabalhadores de saúde de nível superior que compõem as equipes de saúde mental dos Centros de Atenção Psicossocial, entre eles

psiquiatras, farmacêuticos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, psicólogos e assistentes sociais.

Grupo II – representado por 07 trabalhadores de nível médio, os quais desenvolvem suas atividades fornecendo suporte nos referidos serviços, seja como técnicos de nível médio (pessoal da enfermagem) seja na área administrativa, na recepção, na segurança ou nos serviços gerais.

Por considerar relevante caracterizei os 19 sujeitos desse estudo conforme representado no **quadro 3**, onde constam as seguintes informações: todos os sujeitos participantes do estudo são do sexo feminino, com idade variando entre 26 e 55 anos; destes, um não quis informar a idade. Do total, doze são trabalhadoras de nível superior (Grupo I), representados por duas farmacêuticas, três assistentes sociais, três terapeutas ocupacionais, uma psiquiatra, duas enfermeiras e uma psicóloga. à exceção de uma, as demais têm pós-graduação lato sensu: dez são especialistas em áreas diversificadas (duas especialistas em assistência farmacêutica e uma especialista em cada uma das seguintes áreas: filosofia política, educação especial, residência em psiquiatria, enfermagem do trabalho, epidemiologia, psiquiatria social e saúde pública); e duas possuem pós-graduação stricto sensu (uma é mestra em Saúde Mental e outra em Enfermagem). O Grupo 2, representado por sete trabalhadores de nível médio, é composto por: uma técnica de enfermagem, uma auxiliar administrativo, uma recepcionista, duas auxiliares de enfermagem, uma massoterapeuta e uma auxiliar de serviços gerais.

Quadro 3. Caracterização dos participantes do estudo. Fortaleza-CE, 2007

Identificação	Idade (anos)	Sexo	Profissão/ ocupação	Tempo de formado	Tempo atuação no CAPS	Formação
G1 E1	37	F	Farmacêutica	7 anos	2 anos	especialista
G1 E2	35	F	Farmacêutica	12 anos	1 ano	especialista
G1 E3	40	F	Assist. Social	17 anos	3 anos	especialista
G1 E4	37	F	Terapeuta Ocupacional	9 anos	5 anos	especialista
G1 E5	37	F	Psiquiatra	11 anos	4 anos	especialista
G1 E6	37	F	Enfermeira	15 anos	1 ano	especialista
G1 E7	27	F	Enfermeira	3 anos	1 ano	mestre
G1 E8	--	F	Assist. Social	24 anos	2 anos	graduada
G1 E9	30	F	Psicóloga	8 anos	6 anos	especialista
G1 E10	50	F	Terapeuta Ocupacional	25 anos	9 anos	especialista
G1 E11	31	F	Terapeuta Ocupacional	9 anos	1 ano	especialista
G1 E12	52	F	Assist. Social	30 anos	9 anos	mestra
G2 E1	44	F	Téc. Enfermagem	-----	6 anos	-----
G2 E2	44	F	Aux. administrativo	-----	6 anos	-----
G2 E3	26	F	Recepcionista	-----	1 ano	-----
G2 E4	40	F	Aux. Enfermagem	-----	2 anos	-----
G2 E5	49	F	Massoterapeuta	-----	7 meses	-----
G2 E6	39	F	Aux. Enfermagem	-----	2 anos	-----
G2 E7	55	F	Aux. Serviços gerais	-----	7 meses	-----

OBS.: Os sujeitos do estudo foram identificados de acordo com a conformação nos grupos e ordem de entrevista realizada. Assim, o sujeito pertencente ao Grupo I (trabalhador de nível superior) que foi o primeiro entrevistado do referido grupo leia-se G1E1, e assim sucessivamente.

3.4 Técnicas e instrumentos de coleta dos dados

Para a coleta dos dados foram utilizadas fontes primárias, entre elas a entrevista e a observação sistemática.

Em relação à entrevista, a opção se deu pelo fato de representar, segundo Minayo (2006), mais que um trabalho de coleta de informações, pois se configura como uma situação que permite interação entre os sujeitos e o entrevistador na qual as informações disponibilizadas pelos primeiros podem ser profundamente afetadas pela natureza dessas relações. Entre as várias modalidades de entrevistas, preferi utilizar a **entrevista semi-estruturada** porque ao mesmo tempo em que valoriza a presença do pesquisador, oferece todas as possibilidades para os entrevistados alcançarem a liberdade e a espontaneidade necessárias para que se consiga apreender, em profundidade, o objeto da investigação (TRIVIÑOS, 1990).

Nesta perspectiva, Minayo (2006) considera que a entrevista semi-estruturada se caracteriza por enumerar, de forma abrangente, os questionamentos que o pesquisador pretende abordar em campo, tendo como ponto de partida seus pressupostos ou hipóteses, oriundas da delimitação do objeto de estudo. Constitui, segundo a autora, uma técnica privilegiada de coleta de dados para as Ciências Sociais, pois oferece a possibilidade da fala revelar condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos e, ao mesmo tempo, ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de determinados grupos, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas.

Para tanto, em vistas dos objetivos e pressupostos teóricos do estudo, foi elaborado um roteiro de entrevista com questões norteadoras (Apêndice A). Os roteiros de entrevista, segundo Minayo (2006), têm por finalidade orientar os relatos dos entrevistados, permitindo, dessa forma, que o recorte temático da pesquisa seja contemplado nos discursos dos diferentes sujeitos componentes do cenário social. Portanto, constituem-se balizas que impedem o cerceamento da fala do entrevistado, sendo relevantes para a construção do conhecimento acerca do objeto de estudo.

Ao partir dessas premissas, o roteiro de entrevista elaborado contempla questões que propiciam a apreensão de dados que refletem a expressão de subjetividade de um grupo de trabalhadores de serviços com processos históricos de implantação, implementação e consolidação diferenciados. Desse modo, as questões permitiam aos entrevistados falar sobre:

1. o entendimento acerca de satisfação no trabalho e seus determinantes; 2. as condições de trabalho; e 3. as relações interpessoais no ambiente de trabalho. Por achar fundamental se visualizar nos participantes a “face” da equipe e do serviço, foram incluídas também questões destinadas a delinear o perfil socioeconômico dos sujeitos.

Na prerrogativa de complementar a análise, recorri à observação sistemática do processo de trabalho das equipes de saúde mental, bem como da lógica de organizacional das instituições estudadas, numa perspectiva crítico-analítica, a partir do confronto entre os aspectos objetivos e subjetivos do processo de trabalho, as conformações e contradições construídas historicamente na assistência em saúde mental.

A observação sistemática apresenta-se como adequada ao estudo por viabilizar a descrição precisa do confronto entre as informações apreendidas das representações dos sujeitos por meio da fala/depoimento e a práxis concreta no serviço (LEOPARDI, 2002). Isto é possível porque o pesquisador observa os eventos no momento concreto da ação e pode fazer correlação com outros atos que interagem na sua ocorrência. Desse modo, permite a articulação do sujeito com o meio, enriquecendo a compreensão a respeito do objeto em estudo.

Para sua operacionalização foi utilizado um roteiro (Apêndice B). tais observações foram feitas no cotidiano do trabalho dos sujeitos nos Centros de Atenção Psicossocial, mas o pesquisador procurou não interferir na naturalidade dos *settings* de trabalho. As informações obtidas a partir das observações foram registradas em diário de campo.

3.5 Aspectos éticos

Em atendimento à Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (GAUTHIER, 1998), a presente pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEPE) da UECE, o qual avaliou a sua pertinência, os objetivos e os riscos e/ou benefícios a que estão vulneráveis os participantes.

O CEPE julgou também os instrumentos elaborados para a coleta de dados (entrevista semi-estruturada e observação sistemática) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Coordenadores de CAPS (Apêndice C) e para os trabalhadores de saúde (Apêndice D).

A pesquisa foi aprovada pelo CEPE/UECE em 11 de outubro de 2006, conforme o protocolo nº. 06378682-6 de 11/10/2006 (Anexo I).

Com vistas à entrada nos respectivos ambientes para a pesquisa de campo, foi solicitada autorização aos coordenadores dos CAPS. Ressalto que a todos os sujeitos participantes do estudo receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D), contendo esclarecimentos sobre a pesquisa, solicitação para o fornecimento de informações e consentimento de participação no estudo, bem como assegurava o sigilo e o anonimato das informações fornecidas. O Termo foi assinado pelos participantes como expressão de sua autorização para ser incluído na pesquisa.

3.6 Etapa exploratória da pesquisa

Esta fase caracteriza-se, segundo Mendes-Gonçalves (1994), pela aproximação quase sensual do pesquisador com o objeto de estudo, situação em que se verifica, pela primeira vez, os contornos aparentes de seus modos de existência. É uma fase em que se procuram informações referentes aos caminhos similares percorridos por outros pesquisadores e dos percalços por eles encontrados e contornados. Sendo necessário, ao término dessa primeira fase, proceder a modificações no percurso inicialmente planejado.

Nesse estudo, no primeiro momento, procurei obter o endereço dos CAPS, o que foi conseguindo facilmente por estar disponibilizado em meio eletrônico, ou seja, na Internet, na página da Secretaria de Saúde de Fortaleza. Posteriormente, optei por realizar visitas ao campo empírico, as quais se deram após a aprovação da pesquisa pelo CEPE/UECE. Tais visitas ocorreram em abril de 2007 e tinham como objetivo o estabelecimento de contatos preliminares com os sujeitos da pesquisa visando o desenvolvimento de vínculos que facilitassem o desenvolvimento do trabalho.

No entanto, ao me dirigir aos coordenadores dos CAPS, em abril de 2007, para apresentar-lhes o estudo, seus objetivos, a metodologia adotada e solicitar autorização (Apêndice C) destes para a minha permanência nos serviços no intuito de abordar os trabalhadores que se constituíam sujeitos do estudo, houve resistência por parte do coordenador do primeiro CAPS que visitei. Por questões administrativo-burocráticas não foi permitida a realização da pesquisa naquele momento. Segundo me asseguraram, a realização da pesquisa naquele serviço somente seria permitida mediante previa autorização da

Coordenação Colegiada de Saúde Mental do município. Diante de tais alegações, desisti de procurar as outras duas unidades.

Em seguida, redigi um documento (Apêndice E) dirigido à Coordenação Colegiada no qual apresentava o estudo e solicitava autorização para adentrar nos serviços e efetuar a coleta de dados. O documento foi entregue pessoalmente e atendida a solicitação em prazo relativamente curto (Anexo II). Contudo, esse processo burocrático retardou o prazo de início da pesquisa.

Ao retornar ao serviço, agora com a autorização fornecida pela Coordenação Colegiada de Saúde Mental do município, não houve nenhum obstáculo por parte dos coordenadores locais. Pelo contrário, eles passaram a facilitar o processo.

Entretanto, ao estabelecer o primeiro contato com os trabalhadores, escolhidos intencionalmente como prováveis sujeitos da pesquisa, na perspectiva de apresentar o estudo e tentar marcar as entrevistas caso concordassem em participar, deparei-me com outro problema: a indisponibilidade de tempo por grande parte dos trabalhadores, sobretudo os de nível superior.

3.6.1 A coleta de dados

Após sanadas as dificuldades enfrentadas na fase exploratória procurei operacionalizar a fase de coleta dos dados. Esta, apesar de ter início previsto para abril/2007 somente começou no final de maio, estendendo até agosto do mesmo ano.

Por ocasião da coleta, foi aplicada a entrevista semi-estruturada e realizada a observação. Na medida do possível, as entrevistas foram previamente agendadas, e realizadas no próprio ambiente de trabalho dos sujeitos, porém em locais reservados e privativos para assegurar o sigilo das informações. Com o propósito de garantir o registro das falas com maior fidedignidade, as entrevistas foram gravadas em fita cassete, após a autorização do participante. Cada entrevista teve uma duração média de doze minutos, e os entrevistados usufruíram de total liberdade para expressar suas opiniões acerca do tema proposto. Os registros gravados foram devidamente armazenados, pelo pesquisador, sendo garantido o absoluto sigilo das informações, por um período de cinco anos, após o qual serão destruídos.

Destaco que nessa fase também se apresentaram alguns contratemplos. Nesse sentido, tive muita dificuldade em entrevistar alguns trabalhadores, chegando a remarcar até

quatro vezes uma entrevista com uma das participantes. No caso de dois trabalhadores, fui optei por desistir da entrevista, após remarcar várias vezes, por total indisponibilidade deles. Alguns não consentiram em participar do estudo por saber que teriam de gravar a entrevista. Outra dificuldade diz respeito à participação de trabalhador do sexo masculino. Pois, além de representarem a minoria de trabalhadores nos referidos serviços, todos os que foram convidados a colaborar com a pesquisa se recusaram.

Todavia, a maior parte dos trabalhadores, que se constituíram sujeitos do estudo, foram bastante receptivos e aceitaram prontamente gravar a entrevista.

3.8 Método de análise e interpretação dos dados

Para a análise do material empírico optei por uma aproximação com a análise de conteúdo, numa perspectiva crítica e reflexiva, conforme proposta por Minayo (2004), com ênfase em eixos temáticos, por possibilitar a descrição e a explicação de um pensamento, o qual pode ser compreendido por meio da linguagem e da observação, como núcleos e instrumentos de comunicação entre os homens. Este método permite apreender a realidade por meio do conteúdo manifesto e latente, em busca da objetivação do conhecimento.

Segundo Minayo (2006), a noção de tema está ligada a uma afirmação acerca de determinado assunto. Comporta, portanto, um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, de uma frase, ou de um resumo. Portanto, permite a descoberta de núcleos de sentido da comunicação, cuja frequência ou presença representam nexos e explicação de significados do objeto em apreensão.

A partir dessa perspectiva, sistematizei a análise dos dados seguindo alguns passos operacionais. Estes passos permitiram o estabelecimento de relações entre as diferentes fontes, buscando estabelecer articulação entre o material empírico e o referencial teórico-metodológico adotado, na tentativa de responder aos questionamentos e objetivos que nortearam o estudo. Dessa forma, os passos seguidos foram estes:

- 1. Ordenação dos dados** – esta etapa se configura como o primeiro contato com o material empírico coletado. Consiste na transcrição fiel do conteúdo das entrevistas gravadas, seguida da realização de leitura do material transcrito; na organização dos diferentes

dados contemplados nas entrevistas e nas observações realizadas no campo de investigação.

- 2. Classificação dos dados** – consiste na organização das informações tomando por base a relação entre os dados empíricos, objetivos e pressupostos teóricos da pesquisa. Esse processo permite uma primeira aproximação com os significados manifestos e latentes nas falas dos sujeitos possibilitando desvelar os núcleos de sentido. Compõe-se de três etapas, a saber:

1ª Etapa: período de realização da leitura flutuante e exaustiva do material transcrito das entrevistas e observações, com o objetivo de estabelecer núcleos de sentido a partir das idéias centrais sobre o tema. Desta forma, a atenção imergente do pesquisador sobre o material possibilitará gradualmente a construção das categorias empíricas. Sendo o passo futuro confrontá-las com as categorias analíticas.

Os núcleos de sentido que emergiram das leituras flutuante e exaustiva das entrevistas foram, satisfação no trabalho: concepções; determinantes da (in)satisfação no trabalho; conseqüências da (in)satisfação no trabalho; condições de trabalho e campo relacional. Após a definição desses núcleos, recortei os dados contidos na entrevistas, classificando-os criteriosamente, inserindo-os em seu respectivo núcleo de sentido.

Posteriormente, baseado no modelo utilizado por Assis (1998), executei a síntese, mediante a construção de quadros para esse fim. Neste, sentido, o quadro 4, a seguir, demonstra o confronto dos núcleos de sentido de cada entrevistado entre si.

Quadro 4. Confronto dos depoimentos do Grupo I (12 pessoas)

Núcleos de sentido	Entrevista 1	Entrevista 2 (...)	Entrevista 12	Síntese horizontal
Satisfação no trabalho: concepções dos trabalhadores				
Determinantes da (in)satisfação no trabalho				
Conseqüências da (in)satisfação no trabalho				
Condições de trabalho				
Produção de subjetividades: campo relacional				
Síntese vertical				

Fonte: Adaptado de Assis, 1998.

Como os sujeitos da pesquisa foram agrupados em dois grupos, esse mesmo processo, representado no quadro 4, foi aplicado aos 7 sujeitos constituintes do grupo II. Em seguida, foi realizado o confronto da síntese de cada núcleo de sentido entre os dois grupos de entrevistados, conforme exposto no quadro 5.

Quadro 5. Confronto dos núcleos de sentido entre os grupos I e II (19 pessoas)

Núcleos de sentido	Grupo I	Grupo III	Síntese horizontal
Satisfação no trabalho: concepções			
Determinantes da (in)satisfação no trabalho			
Conseqüências da (in) satisfação no trabalho			
Condições de trabalho			
Produção de subjetividades: campo relacional			
Síntese vertical			

Fonte: Adaptado de Assis, 1998

Como resultado dos confrontos das sínteses horizontais entre os grupos, considerando as convergências e divergências, prossegui realizando leituras exaustivas dos conteúdos das entre entrevistas, tendo em vista a construção das categorias empíricas do estudo.

2ª Etapa: momento em que se realiza a leitura transversal de cada subconjunto e do conjunto em sua totalidade. Nesse sentido, prossegui fazendo recortes dos eixos temáticos, priorizando os mais relevantes referentes ao objeto, as questões norteadoras e aos pressupostos teóricos. Desse modo, foram eleitas as categorias empíricas explicitadas no quadro 6, a seguir, as quais foram confrontadas entre os diferentes entrevistados de cada grupo (I e II).

Quadro 6. Categorias empíricas e seu confronto entre os depoimentos do Grupo I

Categorias empíricas	Entrevista 1	Entrevista 2 (...)	Entrevista 12	Síntese horizontal
Satisfação no trabalho: significados e sentidos atribuídos pelos trabalhadores de saúde mental				
Trabalho e subjetividade: a (in) satisfação no trabalho e sua interface com as múltiplas relações no <i>setting</i> de trabalho				
Síntese vertical				

Fonte: Adaptado de Assis, 1998.

Concluída essa fase, em que foi procedido o confronto entre os entrevistados dos grupos, realizei o confronto entre os dois grupos do estudo, conforme pode ser visualizado no quadro 7. Portanto, procurei estabelecer o confronto entre os diferentes sujeitos e os diferentes grupos do estudo, mediante as convergências, divergências, diferenças e complementaridades, com a finalidade de construir as categorias empíricas do estudo, assim como confrontá-las com as categorias analíticas, buscando visualizar/estabelecer relações entre elas.

Quadro 7. Confronto das categorias empíricas entre os grupos I e II (19 pessoas)

Categorias empíricas	Grupo I	Grupo II	Síntese horizontal
Satisfação no trabalho: significados e sentidos atribuídos pelos trabalhadores de saúde mental			
Trabalho e subjetividade: a (in) satisfação no trabalho e sua interface com as múltiplas relações no <i>setting</i> de trabalho			
Síntese vertical			

Fonte: Adaptado de Assis, 1998.

No referente às observações, ressalto que não foram analisadas a partir de quadros classificatórios. Os dados coletados, por meio deste instrumento, foram utilizados durante a análise, a medida em que foi procedida a sua triangulação. Para tanto, foi tomada como ponto de partida as categorias empíricas, trazendo os elementos convergentes, complementares, divergentes e diferentes, estabelecendo interfaces entre os discursos e as observações realizadas.

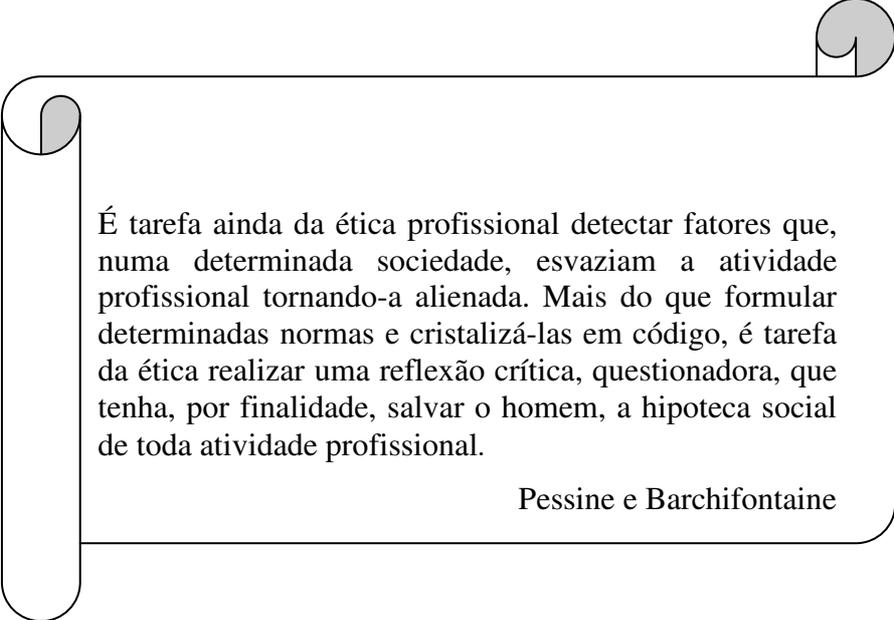
3ª Etapa: consiste na possibilidade de, a partir da releitura dos textos, identificar os conteúdos manifestos e latentes e relacioná-los com as categorias empíricas eleitas. Enfim, é o momento de compreender e interpretar os elementos mais relevantes que aparecem nos dados em análise.

3. Análise final – consiste no movimento, a partir da profunda inflexão sobre o material empírico. Para uma maior compreensão do objeto de investigação, foi procedida a análise das falas das entrevistas e das observações, trazendo também a contribuição de alguns autores e a experiência do investigador, gerada a partir do contato com o campo de estudo e sua própria visão de mundo, pois no processo de pesquisa, sobretudo a que se aproxima da pesquisa social, não há neutralidade absoluta. Nesse sentido, Minayo (2006) afirma que a pesquisa social como processo de produção e produto configura-se como objetivação da

realidade e, ao mesmo tempo, como objetivação do pesquisador que se torna também produto de sua própria produção.

Capítulo 4

Satisfação dos trabalhadores de saúde mental: o caso dos Centros de Atenção Psicossocial de Fortaleza-Ceará



É tarefa ainda da ética profissional detectar fatores que, numa determinada sociedade, esvaziam a atividade profissional tornando-a alienada. Mais do que formular determinadas normas e cristalizá-las em código, é tarefa da ética realizar uma reflexão crítica, questionadora, que tenha, por finalidade, salvar o homem, a hipoteca social de toda atividade profissional.

Pessine e Barchifontaine

4.1 Satisfação no trabalho: significados e sentidos atribuídos pelos trabalhadores de saúde mental

No cotidiano do trabalho estão presentes, de um lado, o trabalhador com seus princípios profissionais e éticos, seus valores e expectativas com relação ao futuro profissional e ao próprio trabalho desempenhado; de outro, o ambiente de trabalho em si, com seus aspectos estruturais, sua formação de organização e gestão da força de trabalho, em particular. Em se tratando de um serviço de saúde, há que se considerar a gestão não somente da força de trabalho, mas também das práticas de saúde, bem como as formas de organização dos processos de trabalho em saúde.

Por conseguinte, é pertinente afirmar que esses cenários são permeados por elementos da gestão e seus desdobramentos; por elementos de natureza técnica, entre os quais se destaca a formação profissional dos membros das equipes de trabalho e propósitos desses membros; e, ainda, por elementos de natureza particular de dos trabalhadores, de natureza subjetiva. Tais elementos podem determinar e configurar a atuação dos gestores e dos trabalhadores, a medida em que esses aspectos se entrecruzam e estabelecem relações intercessoras no interior dos serviços de saúde (BARROS; BARROS, 2007).

Nessa perspectiva, considero o cotidiano do trabalho em saúde, como qualquer outro, capaz de possibilitar o confronto freqüente, e talvez contínuo, entre os trabalhadores – com suas características individuais e expectativas – e a estrutura organizacional dos serviços, considerando os elementos de gestão da força e dos processos de trabalho, bem como os aspectos estéticos das instituições.

Na realidade concreta dos serviços de saúde, essa articulação e/ou confronto entre seus objetivos pessoais e técnicos e os objetivos institucionais, fornece subsídios para que os trabalhadores, a partir da sua subjetividade, tenham maior ou menor satisfação no trabalho, bem como elaborem formas de percebê-la e concebê-la.

Ao aceitar essas considerações, torna-se coerente pensar em satisfação no trabalho como resultado de uma produção subjetiva, fomentada pela avaliação feita pelo trabalhador sobre o seu trabalho. Portanto, sua elaboração perpassa a percepção que se tem do trabalho e envolve componentes cognitivos, emocionais e comportamentais. (MARQUEZE; MORENO, 2005; D'ANGELO, 2005). Assim, os trabalhadores poderão atribuir significados e sentidos

diversos ao mesmo fenômeno, em conformidade com suas experiências individuais e até mesmo coletivas.

Contudo, torna-se premente considerar que essa avaliação se torna viável a partir da adaptação do trabalho ao homem e do homem ao trabalho. Nesse sentido, conforme Nicolielo e Bastos (2002), a prática de uma profissão não deve ser considerada somente como o resultado de aptidões e habilidades, mas como produto da conjugação de aspectos psicológicos e sociais que influenciam o comportamento do homem no exercício da sua profissão e condicionam a compatibilização deste com o seu trabalho. Esta compatibilização que conduz a satisfação no trabalho.

4.1.1 Prazer e realização no trabalho: necessidades simbólicas dos trabalhadores

Nesse momento, retorno à discussão delineada anteriormente, para reafirmar em conformidade com Campos (2007a) que, em última instância, a finalidade do trabalho é o atendimento as necessidades objetivas e subjetivas do trabalhador. Entendo como necessidades subjetivas ou simbólicas aquelas relacionadas ao prazer e à realização pessoal e profissional. Deste modo, o trabalho constitui-se em importante, senão o principal, elemento para a co-produção de si mesmo e da cultura.

Na seara dessa discussão, é importante estabelecer uma articulação entre a teleologia do trabalho, supra-citada, e os objetivos das instituições de saúde. Nesse sentido, parece haver uma intercessão entre eles. Pois assim como o trabalho, de uma maneira geral deve prover além da subsistência, a satisfação das necessidades subjetivas (satisfação e realização pessoal); os serviços de saúde, devem promover além de atendimento às demandas dos usuários, suprir as necessidades dos trabalhadores, direcionadas à promoção de sua satisfação. Embora, no caso dos serviços de saúde, tanto do ponto de vista da gestão quanto da organização dos processos de trabalho, promover o máximo de satisfação nos seus trabalhadores ainda se configure muito mais como um desafio do que como uma realidade (CAMPOS, 2006a; 2006b).

Nesse contexto, a presente investigação buscou apreender os sentidos da satisfação no trabalho entre os trabalhadores de saúde mental.

Na perspectiva de contemplar esse propósito do estudo, os trabalhadores integrantes da pesquisa foram estimulados, durante a entrevista, a expressar sua compreensão acerca de satisfação no trabalho.

Inicialmente, vários trabalhadores atribuíram à satisfação no trabalho o mesmo sentido de prazer no trabalho, conforme demonstra a convergência dos discursos a seguir:

Um trabalho que traga recursos suficientes para que se possa exercer a atividade, que tenha um ambiente satisfatório para isso [...] que traga prazer. (G1E5)

[...] eu gosto de trabalhar, amo a minha profissão. [...] o trabalho prá mim é assim, me levanta o ego, me dá prazer, né? (G2E7)

[...] satisfação no trabalho é prazer, né? Você trabalhar com prazer. (G1E1)

... você trabalhar com muito [...] amor. Fazer o que gosta com prazer. (G2E2)

Segundo Aulete (2007), o prazer no trabalho significa júbilo, alegria, contentamento; sentimento ou sensação agradável, satisfação. Distração, divertimento. Assim, do ponto de vista conceitual, as falas dos entrevistados, apresentam-se consoantes ao pensamento desse autor. Apesar de a entrevista ter acontecido no próprio local de trabalho, sem nenhum contato prévio do participante com o roteiro que orientou esse processo de coleta de dados, portanto não houve tempo para um preparo/estudo sobre o assunto abordado.

Ao dissertar sobre a satisfação no trabalho, Martinez e Paraguay (2005) apresentam vários conceitos e teorias inerentes a esse tema. Exibem também um pensamento consoante ao dos entrevistados e ao de Aulete (1964), ao referirem-na como um estado emocional prazeroso. Complementam dizendo que esse estado resulta da avaliação que o trabalhador faz do seu trabalho a partir dos seus valores individuais. Fica claro, por conseguinte, a indistinção entre prazer e satisfação no trabalho.

No entanto, os discursos dos entrevistados G1E5, G2E7, G1E1 e G2E2, a priori, não demonstram uma articulação dos valores individuais à sua experiência concreta de trabalho. Talvez por não ter havido, por parte deles, nesse momento, a preocupação de expressar a sua realidade pessoal, ficando apenas na abstração.

Isso não significa dizer que não é possível perceber nos referidos discursos elementos que expressem valores pessoais. Pelo contrário, cada fala manifesta uma expressão desses valores ou condição para se ter prazer no trabalho.

Desse modo, aparecem como condição para a obtenção desse prazer, nos discursos dos entrevistados G1E5, G2E7 e G2E2, respectivamente: a existência de recursos suficientes para a execução do trabalho, o amor à profissão e fazer o que gosta. Os dois últimos são similares e remetem para a idéia de possibilidade de escolha do trabalho/profissão como condicionante da satisfação/prazer no trabalho.

Ao se considerar a satisfação como uma sensação agradável, as falas a seguir também convergem para o entendimento de satisfação como prazer, como bem estar em relação ao ambiente de trabalho.

Satisfação é você se sentir bem no seu ambiente de trabalho, você se dar bem com todo mundo. **(G2E3)**

Satisfação no trabalho é a pessoa se sentir bem em todos os aspectos. Satisfação em relação ao salário, [...] tudo isso tá envolvido na satisfação. **(G2E4)**

Para alguns trabalhadores, conforme se percebe em G2E3, satisfação no trabalho significa ter bons relacionamentos com os colegas de atividade, atribuindo às tecnologias leves em saúde o *status* de fonte bem-estar no ambiente de trabalho. Já a fala de G2E4, além de retratar como condição geradora de satisfação o sentir-se bem no trabalho, coloca a remuneração como outra condição necessária. Isso demonstra a percepção de trabalho como fonte e/ou condição de sobrevivência, já referida em outros momentos desse trabalho. Deste modo, como afirma Campos (2007b) “do trabalho vivemos”.

No entanto, quando o trabalho se restringe apenas ao preenchimento das necessidades objetivas, ou seja de sobrevivência, negando a satisfação das necessidades subjetivas de satisfação e realização pessoal, ele se torna doloroso – portanto, causa de sofrimento – e mais desgastante que o habitual, visto que o desgaste está inscrito na natureza de toda e qualquer atividade (CAMPOS, 2007b). O sofrimento pode ser entendido a partir do fator desgaste, que é a sensação de cansaço, desânimo e descontentamento em relação ao trabalho (FERREIRA E MENDES, 2001).

Para que esse desgaste, peculiar a qualquer labor, não se sobreponha ao prazer/satisfação, torna-se premente o respeito e a valorização pelo (e no) trabalho, além da de gostar do que faz, de acordo no discurso abaixo.

[...]acho que é você acordar de manhã e ter o prazer de vir trabalhar. Gostar do que você faz no seu trabalho, e se sentir respeitada, valorizada, em tudo **(G1E9)**

Para a entrevistada G1E9, o sentimento de prazer no trabalho não é algo estático, presente somente no local em que atua. Assim, como produção subjetiva ele pode se fazer presente em todos os momentos da vida do trabalhador, desde o acordar até o momento de dormir.

O discurso acima é complementado por Ferreira e Mendes (2001) ao defenderem que o prazer/satisfação pode ser definido a partir de dois aspectos: valorização e reconhecimento no trabalho.

O sentido de valorização, conforme emitida na fala, mostra-se convergente com o atribuído por Ferreira e Mendes (2001) e por Martins e Robazzi (2006) quando a definem como o sentimento de que o trabalho tem sentido e valor por si mesmo, é importante e significativo para a instituição e para a sociedade.

Segundo o discurso permite compreender, o respeito a que a trabalhadora se refere está atrelado ao reconhecimento – entendido como o sentimento de ser aceito, respeitado e ter liberdade de expressar sua subjetividade no trabalho – o qual representa condição necessária, mas não suficiente, para se pensar em realização profissional e pessoal dos trabalhadores (CAMPOS, 2007a).

Nesse sentido, segundo Martins e Rabozzi (2006), existe uma correlação entre os sentimentos de prazer e sofrimento e as dimensões de desgastes, valorização e reconhecimento.

Não obstante, os sentimentos de prazer, valorização, reconhecimento e de liberdade para criar, estão presentes no indivíduo quando ele atinge a realização pessoal e profissional (MARTINS; ROBAZZI, 2006). Assim, há de se considerar que se estes estão relacionados a satisfação profissional e, ao mesmo tempo, estão presentes na realização profissional, existe uma também uma relação entre satisfação e realização no trabalho.

Essa relação, está presente no imaginário dos trabalhadores de saúde mental, e se torna visível em seus discursos, conforme pode ser visualizado a seguir:

Bem, o entendimento que eu tenho de satisfação no trabalho é condição de realização profissional, a percepção de estar se sentido realizado profissionalmente naquela unidade, naquele trabalho. (G1E3)

[...] Eu vejo satisfação num aspecto bem amplo. Satisfação seria em qual sentido? Satisfação em relação ao próprio serviço, né? [...] é a gente satisfeita nesse aspecto e realizada profissionalmente, fazer o que gosta [...] me identifico por estar na saúde mental, nesse aspecto me realizo. (G1E7)

Acho que satisfação no trabalho é, em primeiro lugar, quando a gente exerce aquilo que a gente gosta, que escolhe mesmo. (G2E5)

As falas revelam que a realização profissional não é algo pronto, mas processual, a ser perseguida. Para tanto, algumas condições são necessárias, entre elas, a escolha e a identificação com a profissão, de acordo com G1E7 ao completar seu discurso, dizendo:

[...] eu atuo na área de saúde mental por opção minha, não foi assim, algo, uma oportunidade que apareceu, algo que aconteceu, não foi. Foi algo que eu busquei, que eu gosto, me identifico com a saúde mental, sou feliz por estar na saúde mental, então nesse aspecto eu me realizo.

A partir do exposto, é preciso considerar o prazer, a realização e a satisfação no trabalho, segundo a percepção dos trabalhadores de saúde mental, como sentimentos idênticos entre si, semelhantes, na verdade significam a mesma coisa. Portanto devem ser conquistadas no dia-a-dia do trabalho.

Para Barros e Barros (2007), o prazer e, agora a realização/satisfação no trabalho, segundo emergiu nesse estudo, vem como condição ideal a ser conquistada, estado de plenitude, quase sempre imaginarizado (grifo dos autores) como tendo existido anteriormente. Dessa maneira, atingi-los passa a ser vivenciado como posição estável do sujeito em relação as suas necessidades, desejos e interesses. Contudo, esta situação idealizada e desejada nunca será atingida plenamente, deixando o sujeito na posição sempre faltosa em relação aos seus objetivos de investimento, também jamais realizados.

Finalizando esta etapa do trabalho, aproprio-me do pensamento desenvolvido por Moretti (200?) para ressaltar que o ser humano, ao se inserir no trabalho, traz consigo sentimentos, ambições; cria expectativas, envolve-se, busca o crescimento dentro daquilo que desenvolve e realiza. Então, é preciso deixar de lado aquela idéia na qual o homem trabalha tão somente para a obtenção do salário, que nega seus sentimentos, que não se frustra com a falta de crescimento, que não se aborrece com o total descaso dos seus gestores que apenas lhe cobram a tarefa e não o orientam para a real situação da empresa, que lhe negam o acesso às informações, que o tratam apenas como uma peça a mais no processo de produção. É necessário que saibamos que, cada vez que ele entra na instituição, está entrando um “ser” integrado e indivisível, com direito a todos os sonhos de auto-estima e auto-realização.

4.1.2 Satisfação no trabalho em saúde mental é isso: a execução de um trabalho não alienado e em defesa da vida

Tenho apresentado a discussão que, historicamente, as teorias da administração têm, dentro dos processos de trabalho, promovido o controle dos trabalhos. Mais que isso, a subordinação destes às formas de estruturação e organização do trabalho. Ou seja, não se permite que o trabalhador se constitua sujeito dentro dos processos de produção. Fato presente no setor fabril, mas reproduzido no setor de serviços, particularmente nos de saúde. Neste contexto, houve o parcelamento, a fragmentação nos (e dos) processos de trabalho (ANTUNES, 2005; CAMPOS, 2007a).

Por conseguinte, tem-se no modo de produção capitalista, a redução do trabalhador à condição de objeto à medida que não lhe permite expressar sua subjetividade, seu potencial criativo e inovador, capaz de promover inovação nos processos de trabalho e nos produtos desse trabalho. Enfim, “robotiza” o trabalhador no sentido de manter o padrão nas linhas de produção.

Desse modo, conforme discussão anterior, a força de trabalho transforma-se em mercadoria. Portanto, adquire o valor de troca no mercado capitalista, sendo o homem direcionado a vendê-la como meio de garantir, pelo menos, a sobrevivência. Assim, ocorre o processo de alienação do trabalho.

Para Campos (2007a), a alienação dos coletivos de trabalhadores pode ser formal ou real. Ele considera que a alienação formal ocorre quando a maioria destes é excluída do âmbito formal de poder, ou seja, a organização não pertence mais a maioria de trabalhadores, ou é uma Organização do Estado, um entre abstrato, mas representado na prática pelo Governo; a alienação real, ocorre com a separação, concreta e cotidiana, dos trabalhadores da gestão dos meios de produção e do resultado de seu próprio trabalho, sendo sua maior expressão, a impossibilidade de participar da gestão.

O autor enfatiza que a alienação formal é determinada por elementos da ordem política e econômica. Essa alienação somente se converte em real por meio da mediação de métodos autoritários de gestão, os quais concretizam e cristalizam a primeira (alienação formal), produzindo, então, por sua vez, a concretização da separação funcional (alienação formal).

As considerações acima evidenciam que se a alienação formal é materializada, no caso do trabalho em saúde, no afastamento dos trabalhadores da gestão dos processos de trabalho e dos resultados. Implica dizer que esse “fenômeno” deflagra a castração das possibilidades de reflexão crítica das práticas desenvolvidas e a proposição de reformulações na organização das mesmas.

Dessa maneira, o trabalho vivo estaria quase capturado pelo trabalho morto, representado pelos saberes estruturados e cristalizados de administração/gestão. Entretanto, ao se considerar o trabalho em saúde como trabalho vivo em ato, torna-se possível afirmar que esse afastamento e essa castração nunca se darão de forma absoluta. Pois no interior dos processos de trabalho em saúde os seus executores detêm um autogoverno, o qual é exercido permanentemente no espaço micropolítico, privado, dos (des)encontros dos trabalhadores entre si e destes com os usuários. Deste modo, a captura total desse autogoverno nas práticas de saúde se torna impossível devido à própria natureza tecnológica desse trabalho (MERHY, 2006a).

Nos serviços de saúde mental, embora não formalmente ou de forma consciente, os trabalhadores demonstram entendimento acerca dos processos de trabalho alienantes e opõem-se a essa forma de execução da atividade laboral, ao atribuírem à satisfação no trabalho o sentido de que ela representa o entendimento acerca do que se faz.

[...] O entendimento realmente do seu trabalho, do que você está fazendo, a capacidade que você tem de atuar naquilo que você tá fazendo. (G1E1)

[...] que eu entendo é ... seria, o meu trabalho. Como é que eu tô realizando ele [...]. (G1E2)

Prá mim, satisfação no trabalho seria exatamente como você está se sentindo em relação aquilo que você tá desenvolvendo. [...] é fazer uma avaliação prá ver se realmente é isso que você tá querendo, tá se propondo, se tá chegando aos objetivos, né? De uma maneira geral é isso. (G1E8)

A convergência dos discursos acima, retrata que a satisfação no trabalho corresponde ao fato de não somente entender o trabalho executado, mas também poder avaliá-lo. Avaliar, nesse caso tem significado de refletir criticamente, segundo aponta G1E8, ao ponderar “avaliação prá ver se realmente é isso que você tá ... se propondo, se tá chegando aos objetivos ...”.

Supondo que o trabalho nesses equipamentos de saúde mental seja “alienante”, a fala acima reflete a oposição dos trabalhadores a esse fenômeno, embora de forma velada nos

seus espaços privados de autogoverno, onde se permitem delinear avaliações acerca de seu desempenho privado e até mesmo do coletivo e das formas de condução do trabalho, a partir da comparação entre o proposto e o operacionalizado. Ou seja, avaliar se as metas estabelecidas foram contempladas.

Contudo, alguns trabalhadores de saúde mental, além de reforçarem a discussão acima, avançam no sentido de demonstrar que essa reflexão pode se dar no âmbito coletivo, contribuindo para a construção das práticas de saúde, consoante ao discurso a seguir.

A satisfação no trabalho, ela tá muito vinculada ao projeto terapêutico, ao que se propõe. Nossa esperança aqui no CAPS, [...], é a rediscussão do modelo. (G1E12)

Rediscutir modelo, na fala de G1E12, implica à abertura da gestão à participação do coletivo de trabalhadores; significa que em alguns desses serviços são operados, concretamente, formas de gestão direcionadas à aproximação do trabalho e o envolvimento dele com o objeto de seu trabalho, mediante sua participação na organização das práticas de saúde e reflexão crítica dessas práticas no sentido de reorientá-las, quando necessário.

Os discursos abaixo também consubstanciam o delineamento da discussão elaborada até agora.

Eu acho que é a liberdade de fazer [...], a oportunidade de tá trabalhando com políticas públicas até fora do caps, a liberdade de tá elaborando projetos de saúde mental [...] (G1E6)

[...] que tenha abertura também para novos projetos, para a realização de novos projetos de acordo com a avaliação de uma equipe, onde possam ser feitas melhorias no serviço. [...] (G1E5)

As falas expressam o entendimento acerca de satisfação no trabalho, reforçando-a como a oportunidade de poder participar não somente da execução das ações de saúde, mas também da organização dos processos de trabalho e, assim, da organização dos serviços. Desse modo, a reorganização dos serviços, no sentido de implementá-lo, introduzindo melhorias, passaria a ser resultado da intervenção dos trabalhadores.

Portanto, retomando a percepção de satisfação como prazer, possibilitar a abertura de espaços para a participação coletiva dos trabalhadores na gestão, configura-se como forma de tornar o trabalho prazeroso, ou seja, de fazê-lo prover as necessidades subjetivas dos trabalhadores no referente à satisfação e à realização profissional.

Essa forma de gerenciamento dos serviços de saúde, promove a democratização das relações no ambiente de trabalho, mediante a abertura de espaços de co-gestão, assunto que será tratado junto à discussão acerca das relações de (e no) trabalho que será tecida mais adiante.

Não obstante, é preciso reafirmar que os processos de trabalho em saúde são voltados para a produção de atos de cuidar, vinculados a processos produtivos de atos cuidadores. Portanto, os serviços de saúde são responsáveis pela produção de ações capazes de gerar mais vida com “o caminhar na vida”, traduzida como a capacidade de indivíduos e coletivos construir redes capazes de atarem a vida e como tal produzem-na, produzindo-se. Neste sentido, os serviços de saúde portam como missão a defesa da vida individual e coletiva (MERHY, 2007b).

Diante das reformas ocorridas no sistema de saúde brasileiro, nas últimas décadas, com a implantação e implementação do SUS, o sistema e os serviços de saúde no Brasil, em particular os serviços substitutivos em saúde mental, em meios aos problemas e desafios, dependem, para seu sucesso/consolidação e fortalecimento, da força com que a sociedade, e mais particularmente os coletivos de trabalhadores de saúde, coloque a vida das pessoas acima de todas as outras racionalidades, e ainda compreenda que as políticas públicas, operadas concretamente nos serviços de saúde, podem se constituir em um recurso poderoso para a efetiva defesa da vida (FLEURY, 2007).

Consoante a essa afirmação, construir um serviço de saúde que prime pela defesa da vida individual e coletiva, significa torná-lo resolutivo, capaz de atender as necessidades de saúde apresentadas pelos usuários.

Para Merhy (2006a), os serviços de saúde ao primarem pela resolubilidade na assistência, traduzem as queixas/problemas de saúde apresentados pelos usuários aos trabalhadores durante o encontro no interior do processo de trabalho, as quais vão se constituir ou não como base da relação entre eles, a depender da aceitação ou não do problema como necessidade de saúde por parte do trabalhador. O autor ressalta que, para o usuário, a possível necessidade de saúde apresentada ao trabalhador pode ser representada ou sentida como um “problema” que ele vive, como um sofrimento, ou risco de sofrimento, e que ele interpreta como uma questão de saúde a ser enfrentada com a ajuda de alguém, pelo menos na opinião dele, usuário.

Dito isto, retorno ao objeto de investigação para anunciar que foi encontrada, no decorrer do estudo, uma articulação entre a satisfação no trabalho e a defesa da vida, presente na percepção de que a satisfação no trabalho corresponde ao compromisso do trabalhador em traçar todas as estratégias possíveis para atender as necessidades de saúde apresentadas pelos usuários.

Desta forma, os discursos revelam que

a satisfação está vinculada a realização de projetos (referindo-se aos projetos terapêuticos), estamos com o trabalho de inclusão nos grupos terapêuticos, implantando oficinas produtivas [...]. **(G1E12)**

A satisfação prá mim, profissional, dentro do ambiente de trabalho, é você poder oferecer para as pessoas o que vêm buscar, né. Uma melhor condição de saúde para a sua vida, a gente poder oferecer um espaço adequado, [...] você poder oferecer um bom atendimento. [...] oferecer isso a ele (usuário) oferecer uma boa qualidade no seu atendimento [...]. **(G1E4)**

[...] é atender bem o meu cliente, tá. Deixar que ele saia satisfeito com o meu trabalho. **(G2E1)**

Bom a questão da satisfação no trabalho é muito relativa. [...] é realmente você ver resultados, em termos de tratamento porque nós somos profissionais de saúde que estamos aqui prá tratar o paciente com transtorno mental [...]. **(G1E10)**

As falas convergem de forma a retratar que satisfação no trabalho é a possibilidade de oferecer um bom atendimento, atender as necessidades de saúde apresentadas pelos usuários, oferecendo “para as pessoas o que elas vem buscar. Uma melhor condição para sua saúde”, promovendo a satisfação deles, usuários.

A satisfação dos usuários, nesse caso, seria o indicador de qualidade dos serviços (JORGE, GUIMARÃES, VIEIRA *et al*, 2007), capaz de refletir a sua capacidade resolutiva.

Diante do exposto, pensar a satisfação no trabalho como capacidade de fornecer ao usuário o que vem buscar, parece-me duplamente arriscado: primeiro, porque o que o usuário percebe como problema/queixa de saúde e traz para o serviço pode não se traduzir em necessidade de saúde na avaliação do trabalhador; segundo, porque é possível surgirem limitações de ordem profissional e/ou organizacional que impeçam de atender a solicitação e/ou necessidade de saúde do usuário. Ambos os casos trará frustrações ao trabalhador, traduzidas em sentimentos de impotência, desgaste, enfim insatisfação.

Apostar na construção de um sistema de saúde resolutivo e em defesa da vida, é acreditar que as reformas do setor saúde foram capazes de equacionar todos os problemas relacionados à cobertura assistencial, à gestão dos serviços e das práticas. Significa apostar alto no alcance dessas mudanças. É inegável a existência de avanços. Contudo, persistem problemas crônicos, a exemplo, dos existentes tanto no tocante a gestão, em todos as suas dimensões, como no financiamento. Fatos que podem, na prática, comprometer a qualidade dos serviços, limitando o seu “poder de ação”. Assim, podem impedir o alcance dos resultados esperados no atendimento às necessidades de saúde apresentadas pelos usuários.

Diante dessas prerrogativas, mais uma vez, retorno ao debate acerca de necessidades de saúde para, pautado em Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000) afirmar que elas se configuram como o aspecto mais importante, quando lidamos com a organização de serviços, pois suscitam os serviços e embasam a conformação de sua estrutura. No entanto, defini-las constitui uma tarefa complexa.

Ainda, segundo esses autores, as necessidades de saúde podem ser explicadas a partir assistência, entendida como a procura por cuidados de saúde, a qual gera uma demanda – uma busca por intervenções que também representa consumo – nos serviços de saúde. A origem dessa busca, é o carecimento. Diante desse carecimento o indivíduo procura intervenções visando à resolução do problema. Nessa perspectiva, os resultados das intervenções são necessidades desses usuários. Portanto as próprias intervenções são necessidades de saúde.

Devo acrescentar, em consonância com Franco e Merhy (2006), que as necessidades de saúde são determinadas socialmente de acordo com as variações das situações sociais, políticas e econômicas. Portanto, as necessidades de saúde são modificadas por um conjunto de elementos, de caráter político, social e econômico, os quais também exercem pressão para que as políticas públicas voltadas para o setor contemplem a satisfação dessas necessidades, gerando pressões para modificações e organização de ações com esta finalidade, inclusive, no espaço micropolítico dos serviços de saúde, onde se operam concretamente as práticas de saúde.

4.2 Trabalho e subjetividade: a (in)satisfação no trabalho e sua interface com as múltiplas relações no *setting* de trabalho

No caso dos serviços de saúde, particularmente, o ambiente de trabalho se configura como cenário em que atuam diversos atores, entre eles, gestores, trabalhadores e usuários. Conforma-se, portanto, como uma arena onde ocorrem inúmeras inter-relações, por conseguinte, é atravessado por diversos interesses, de conflitos, de satisfações/insatisfações e de necessidades dos trabalhadores. Incluem-se, também, como atores desse cenário os usuários sobre os quais não teço comentários por não se inserirem no objeto desse estudo.

Nesse contexto, as tensões e confrontos enfrentadas no cotidiano, em que estão presentes, de um lado, os interesses institucionais, determinados histórica, política e socialmente, e, de outro lado, os interesses dos trabalhadores, nem sempre são equacionadas de forma a atender aos anseios de ambas as partes, podem gerar frustrações para um ou outro pólo da relação. Assim, de alguma forma, o fruto desse processo é a (re)construção dos atores que integram esse sistema.

Desse modo, em conformidade com Campos (2006b:30) penso que “... por um lado, as coisas, ou as estruturas, determinam a vida das pessoas, por outro, são estas mesmas pessoas que constroem as coisas, as normas, os valores e as estruturas.”

Nesta perspectiva, reconheço que a satisfação no trabalho é determinada por elementos presentes no próprio ambiente onde se realizam as atividades laborais, os quais, como afirma Martinez (2002), pertencem a dois grandes grupos: eventos e condições (pagamento, trabalho em si, promoção reconhecimento, condições e ambiente de trabalho); agentes (colegas e subordinados, supervisão e coordenação/gerenciamento, instituição/organização).

Não obstante, cabe aos trabalhadores não se permitirem serem reduzidos à condição de meros objetos no bojo desse processo, que conduz a subordinação irracional e à alienação do trabalhador. Para tanto, o desafio imposto a todos é, segundo Campos (2006b:31)

construir um novo conhecimento, experimentar novas formas de dirigir as organizações, superando o eixo central de todas as escolas de administração que buscam, de diferentes maneiras, reduzir sujeitos humanos à condição de objetos dóceis aos objetivos das empresas,

transformando-os em insumos ou objetos. O desafio de nossa época estaria em inverter este sentido: governar para produzir sujeitos!

Pensar nos trabalhadores de saúde como sujeitos significa permitir sua expressão de subjetividade e capacidade criativa mediante sua participação na gestão da organização e da produção do cuidado. Desta forma, eles poderão não somente determinar a estrutura/instituição, mas também interferir para lhes tornar favoráveis os aspectos que determinam, em particular os relacionados à satisfação no trabalho.

Dito isto, retomo ao cerne da discussão nessa etapa do estudo: a (in) satisfação no trabalho e sua interface com as relações que permeiam o *setting* de trabalho. Assim, prossigo trazendo para análise elementos presentes nos discursos dos entrevistados que constituem, em suas concepções, determinantes e conseqüências da (in)satisfação no trabalho, bem como sua articulação com as tecnologias leves em saúde, sistematizadas nas subcategorias a seguir.

4.2.1 Determinantes psicossociais da (in)satisfação no trabalho

Ao compreender os aspectos psicossociais do trabalho como elementos potencialmente capazes de determinar a satisfação ou insatisfação em relação ao trabalho, procurei desvelar aqueles presentes no cotidiano e/ou expressos na fala dos trabalhadores de saúde mental.

Considerando que entre esses aspectos estão presentes aqueles relacionados ao ambiente e à organização do trabalho, inicio apresentando uma breve descrição dos CAPS componentes do campo empírico, elaborada a partir da observação do pesquisador.

Preliminarmente, é preciso ressaltar que os três CAPS possuem uma característica comum: estão instalados em imóveis residenciais (casas) inseridos na comunidade. Tais casas sofreram algumas adaptações com vistas a abrigar o serviço e oferecer o atendimento pretendido. A instalação desses equipamentos de saúde em casas da comunidade justifica-se pela sua característica de serviço substitutivo ao modelo manicomial, primando pela desinstitucionalização do portador de transtorno mental, transferindo-se seu local de tratamento para a comunidade, induzindo, assim, sua reinserção na família e na sociedade.

A seguir, passo a descrever, sinteticamente, a seguir, as observações realizadas nos três CAPS durante a coleta de dados.

CAPS A

A estrutura física dessa instituição passou por reformas, tendo em vista sua ampliação e adaptação para executar serviços de saúde, mas não perdeu as características de uma casa bastante grande. Conta com uma pequena recepção. Logo, em seguida, fica localizada a sala da coordenação. Entre a recepção e esta sala há uma porta que dá acesso a um amplo espaço aberto, bem ventilado, onde existem bancos de espera para as consultas, além de algumas plantas ornamentais em toda a sua estrutura. Nesse espaço são realizadas atividades de recreação e oficinas terapêuticas pela Terapia Ocupacional. No centro desse pátio localizam-se duas salas bem amplas: uma para procedimentos de enfermagem, a qual é desprovida de ventilação adequada, na qual fica praticamente inviável o trabalho no turno da tarde, devido o excesso luz e calor solar; e outra sala destinada às terapias grupais, podendo ser usada por todos os profissionais que executam essa atividade. Desse pátio interno se tem acesso às várias salas que funcionam como consultórios, à exceção de uma onde está instalada a farmácia. Entre essas salas, apenas as duas que funcionam como consultório médico possuem condicionador de ar. As demais, além de pequenas, são desprovidas até mesmo de ventilador, em sua maioria.

Nesse sentido, o espaço físico se revelou como insuficiente. Conforme percebi, havia, entre os materiais e equipamentos, uma mesa de pingue-pongue que poderia ser utilizada para recreação dos usuários que passam o dia naquele serviço, mas não estava instalada, devido a falta de espaço físico na unidade, segundo informou uma funcionária. Além disso, há uma grande demanda no serviço, o qual freqüentemente estava lotado.

Ainda em relação à estrutura física, observei que os banheiros estavam todos bem conservados e higienizados.

Enquanto permaneci na sala de enfermagem, foi possível perceber que faltava material para a execução de alguns procedimentos. Faltava, por exemplo, papel toalha ou outro material para secagem das mãos, insumos indispensáveis para o trabalho da enfermagem, pois esses profissionais obrigatoriamente devem lavar as mãos antes e após qualquer procedimento.

Contudo, a unidade dispõe de equipamentos como aparelho de TV e DVD, utilizados para atividades com os usuários.

A Terapia Ocupacional dispunha de material para a execução de laborterapia com os usuários como confecção de tapetes e bijuterias.

No tocante às relações entre os membros da equipe e destes com a coordenação, caracterizavam-se por um clima de amizade e interação tanto dos trabalhadores entre si como com a coordenação. Havia um clima de cooperação, e várias vezes observei alguns trabalhadores se dirigindo aos outros, em suas salas de atendimento, em busca de orientação e/ou ajuda para o andamento do serviço nos seus assuntos administrativos, bem como para a condução de casos de usuários. Todos se dispunham a colaborar uns com os outros. Em decorrência disso, o ambiente se revelou descontraído e acolhedor.

No referente ao relacionamento com os usuários já cadastrados no serviço, foi observada a existência de vínculos, expressos por meio da amizade e da alegria do encontro, entre eles e os trabalhadores. Nesse sentido, todos os trabalhadores demonstravam-se acolhedores, sempre dispostos a receber o usuário e, de alguma forma, prestar-lhes algum tipo de atendimento, mesmo que fosse apenas orientação. Tal conduta foi observada desde a portaria até o atendimento médico.

Ainda conforme percebi, havia muito comprometimento e responsabilização por parte dos trabalhadores, pois no momento em que o usuário era encaminhado para outro tipo de atendimento dentro do serviço, quem encaminhava fazia questão de levá-lo e garantir-lhe atendimento. Ademais, se o usuário faltasse ao atendimento agendado, o serviço procurava entrar em contato, por telefone, para identificar a causa do não comparecimento e agendar novo horário de atendimento.

CAPS B

Essa instituição tem sede em uma casa cuja estrutura física não é ampla. Sua reforma foi direcionada muito mais para a adaptação, em que sala foi transformada em recepção e quartos em consultórios. Quanto à ampliação, houve a construção de uma cozinha com refeitório no fundo quintal, de uma sala mais ampla para terapias grupais e de outra sala menor para o posto de enfermagem.

A recepção dispõe de pouco espaço e a sala de espera não comporta muitas pessoas. Alguns consultórios são extremamente pequenos, com ventilação insuficiente e iluminação inadequada. Os corredores internos são muito estreitos. Em relação aos banheiros,

o estado de conservação não parecia satisfatório, pois ambos, masculino e feminino, estavam mal higienizados. Além disso, um estava quebrado e com vazamento.

Naquele momento, parecia haver deficiência/dificuldade de manutenção dessa estrutura, e até uma lâmpada fluorescente de uma das salas não funcionava. Quando cheguei ao local para a coleta de dados, logo em seguida entrou um(a) médico(a) com uma lâmpada na mão, à procura de alguém dos serviços gerais para efetuar a troca das lâmpadas. Sua tentativa, no entanto, foi frustrada, não havia ninguém apto à execução dessa tarefa. Então, por me conhecer, perguntou-me se eu poderia fazer-lhe o favor de efetuar aquele serviço. Gentilmente atendi ao seu pedido. Durante a troca perguntei-lhe porque ele(a) mesmo(a) estava trazendo aquele material. Afirmou que é por que não agüentava mais, pois já havia pedido várias vezes à coordenação para providenciar aquele reparo e não conseguiu êxito. Diante disso, “como não agüento trabalhar quase no escuro, preferi comprar logo e pedir alguém para colocar, pois já estava com mais de um mês”

Embora aquela estrutura tenha sido considerada adequada no início de funcionamento do CAPS, há seis anos, no momento ela se revela pequena e inadequada para a execução das atividades que o serviço se propõe. Sobretudo, quando se leva em consideração a demanda do serviço, hoje com mais de seis mil prontuários e recebendo novos usuários diariamente.

Durante a coleta de dados, em determinados momentos era extremamente difícil o deslocamento dentro da instituição, em decorrência da lotação e do pouco espaço físico. Isso demonstra uma desproporção muito grande entre as ações/atendimentos que são ou deveriam ser feitos e a capacidade física instalada. O mais chocante ocorreu no segundo dia de observação, quando cheguei ao serviço e encontrei inúmeras pessoas aguardando atendimento, principalmente médico. Todas as salas estavam ocupadas com profissionais realizando procedimentos individuais ou coletivos e havia um médico em pé próximo a recepção, sem local nem mesmo para se sentar. Conforme este afirmou, em conversa comigo que ele estava ali porque não havia local reservado para a realização das consultas que estavam agendadas para ele, inclusive, todos os seus pacientes aguardavam o referido procedimento no meio “daquela multidão”.

Foram observadas atividades de grupos, em particular pela terapia ocupacional, a qual desenvolvia atividades de pintura e artesanato.

No referente às relações entre os membros da equipe e destes com a coordenação, foi presenciado a existência de abertura para o diálogo, porém existiam alguns “ruídos” em forma de reclamações sobre a postura/comportamento de alguns trabalhadores para com outros paralelamente. Apesar de tudo, predominava um clima de cooperação, expresso no fato de alguns trabalhadores se dirigem aos outros, em suas salas de atendimento, em busca de orientação e/ou ajuda para o andamento do serviço nos seus assuntos administrativos, bem como para a condução de casos de usuários. Como observei, todos se dispunham a colaborar uns com os outros. Contudo, o ambiente, em alguns momentos, parecia tenso e não muito acolhedor, pois além disso os usuários reclamavam muito na recepção e nos corredores.

Em um dos horários da observação, embora o pesquisador não tenha participado, houve uma reunião da equipe, a qual é realizada de rotina, segundo alguns trabalhadores.

A despeito da aparente existência de vínculos com os usuários já cadastrados no serviço, em alguns momentos havia certa aspereza na fala dos trabalhadores, em particular na recepção. Em alguns momentos havia distanciamento e aborrecimento na abordagem ao usuário. Provavelmente, isso fosse motivado pela sobrecarga gerada pelo excesso de demanda pois constantemente a recepção estava lotada e as agendas dos profissionais sem vagas para atendimentos. Assim, no mês de julho já havia consulta sendo marcada para outubro. Também, conforme observei, o paciente estava chegando no serviço, pela primeira vez, e sendo marcado o retorno para um grupo de acolhimento na semana seguinte. Contudo, de alguma forma, tentavam direcionar o usuário dentro do serviço.

CAPS C

A estrutura física dessa instituição passou por reformas recentemente, tendo em vista a sua ampliação e adaptação para executar serviços de saúde. Tem os aspectos de uma instituição nova, com ambiência muito agradável, sem perder as características de uma casa. As instalações apresentam-se todas satisfatórias, em ótimo estado de conservação. Conta com uma recepção bem ampla. A sala de espera é também ampla e com assentos suficientes para acomodar os usuários. As salas e consultórios são amplos e arejados. Há mais de uma sala para atividades terapêuticas grupais. Os banheiros são bem conservados e higienizados. Enfim, o serviço parece oferecer instalações adequadas à consecução das atividades ali desenvolvidas, inclusive com materiais e equipamentos necessários. Ali funciona uma

cooperativa onde se desenvolvem oficinas para preparar os usuários para a reinserção na “vida laboral”.

Conforme pude perceber, existe cordialidade entre os membros da equipe e deste com a direção, abertura para o diálogo. Inclusive, há espaço para “rodas de discussão”.

Quanto à relação com os usuários, observei acolhimento, presença de vínculos e responsabilização. Aliás, nesse aspecto os achados dessa instituição assemelham-se aos encontrados no CAPS A.

Com minha presença no campo empírico, foi possível constatar, por meio das observações, que apesar de todos os CAPS gerais terem suas práticas, sejam individuais ou coletivas, fundamentadas no mesmo modelo tecno-assistencial, não há uniformidade na estruturação desses serviços de saúde. Portanto, cada um apresenta peculiaridades, seja no referente à estrutura física e composição de suas equipes de trabalho, seja na forma como as práticas são gerenciadas e operadas. Assim, a diferença torna-se perceptível também nas relações estabelecidas entre os diferentes atores que compõem esse cenário.

Durante as entrevistas os participantes tiveram oportunidade de falar do seu ambiente de trabalho. Percebi na fala de todos, ao fazer referência ao seu ambiente de trabalho, consonância com as minhas observações.

Em meio a essa heterogeneidade, as observações e os discursos dos entrevistados convergem de forma a revelar que, na maioria dos CAPS em estudo, as condições de trabalho (ambiente e organização do trabalho) se apresentam como precárias, particularmente no relacionado à estrutura física.

Essas observações trazem à tona dois importantes assuntos a serem discutidos: primeiro, a inferência das condições e forma de organização do trabalho na satisfação de quem atua nessas instituições de saúde; segundo, a qualidade dos serviços de saúde mental na visão de quem os executa, a qual permeia todo o conteúdo desse estudo.

Então, procuro direcionar a discussão para o primeiro assunto referido – as condições e formas de organização do trabalho.

A partir dos depoimentos dos participantes, foi possível visualizar a existência de relação entre as condições de trabalho - representantes dos aspectos internos do trabalho - e a (in)satisfação dos trabalhadores.

As instalações físicas como integrantes das condições de trabalho se fizeram presentes em todos os discursos. Para alguns, conforme pode ser observado na convergência dos depoimentos a seguir, elas representam causa de insatisfação.

[...] agora, com a estrutura física aí, tem muitas insatisfações. Eu acho que a gente precisaria de mais espaço, falta salas pra atendimento, muito quente para os pacientes. **(G1E2)**

Só que as limitações são as mesmas: limitações físicas, desde o começo, há seis anos, a gente tem os mesmos problemas no que diz respeito às questões estruturais da unidade; limitações materiais [...] isso é uma coisa crônica. São seis anos. Isso é desgastante. **(G1E9)**

Bom, eu não me sinto satisfeita aqui. Eu acho que é muito precário. Instalações, conforto pra eles não tem (referindo-se aos usuários). [...] **(G2E6)**

Para os trabalhadores dos CAPS a preocupação com a estrutura física não tem origem somente na sua necessidade de um conforto pessoal para executar suas atividades, mas principalmente no desejo de melhor atender aos usuários; de, pelo menos, poder executar a contento as atividades programadas, visto que em algumas situações eles ficam sem ter como trabalhar por falta de espaço na unidade, como relatado na observação de uma unidade.

Na perspectiva de reverter essa situação, os entrevistados parecem já terem reivindicado melhorias dos serviços nesse aspecto. No entanto, a resposta por parte da administração não ocorreu. Tal situação gera grande insatisfação, e leva o trabalhador ao sentimento de impotência e ao desgaste, segundo pode ser apreendido do relato de G1E9.

O mencionado relato aponta também limitações referentes à disponibilidade de material no serviço, dificultando sua operacionalidade. Essa realidade parece estar presente tanto no serviço desta entrevistada, quanto no dos demais, pois trabalhadores de outro serviço também a referenciam.

[...] a nossa dificuldade maior é de retorno dos materiais, de compra dos materiais. Isso é muito difícil. A gente manda papéis pedindo, manda lista de materiais, e há uma demora, [...] **(G1E4)**

[...] material que falta. A gente não tem material. Às vezes você quer fazer uma coisa (referindo a grupos e oficinas com usuários) e não tem material. **(G2E6)**

Segundo os discursos evidenciam, as deficiências das instalações e a carência de materiais e até mesmo de equipamentos, além de provocar insatisfações, promovem limitações na organização e execução das práticas de saúde mental.

Ao mesmo tempo, os relatos de outros trabalhadores divergem dos supramencionados, por reconhecerem a estrutura do serviço como boa e demonstrarem satisfação ao falar sobre esse assunto.

[...] em termos de aspectos físicos, estamos com uma estrutura física boa, bem adaptada. (G1E10)

As condições aqui são boas porque tudo aqui é bem organizado, né? E nós temos recursos apropriados, materiais apropriados. Os recursos permanentes também são bons. Então, assim, as condições de trabalho pra mim são boas. (G1E11)

Esses discursos se coadunam com a descrição do CAPS C. Demonstram o reconhecimento das trabalhadoras no tocante à boa qualidade das instalações, permitindo inferir que oferecem condições adequadas à execução das atividades, com certo conforto para os que ali exercem seu labor.

Ainda sobre a satisfação com o ambiente de trabalho, outro participante desse mesmo CAPS complementa afirmando:

A minha satisfação no ambiente de trabalho é imensa [...] com relação às instalações físicas, equipamento e materiais, têm sido contemplados com essa nova gestão. (G1E12)

É perceptível a satisfação de G1E12 quanto ao ambiente de trabalho onde atua, principalmente em relação às instalações e disponibilidade de equipamentos e materiais que são suficientes para o funcionamento do serviço. Do seu discurso, emerge a existência de um compromisso, por parte da gestão municipal, no sentido de reestruturar e manter o serviço funcionando satisfatoriamente. Nessa perspectiva, ela segue afirmando: “nós tivemos um ganho com a reforma das instalações físicas, [...] está havendo investimento por parte da gestão municipal.”

Essa participante está nesse CAPS há quase nove anos, portanto, desde sua fundação. Ou seja, ela fazia parte do serviço durante o curso de administrações anteriores a essa. Talvez por estava razão ela enfatiza o compromisso da nova gestão em proporcionar a

implementação e manutenção do serviço, deixando implícito que isso não era prioridade das gestões anteriores.

Ao retomar a discussão segundo a qual a reforma psiquiátrica impulsionou a criação dos CAPS como serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, faz-se necessário reafirmar que a implantação desses equipamentos de saúde, aqui no Ceará, ocorreu inicialmente no interior do Estado. Nesse sentido, conforme Sampaio e Santos (2001), Fortaleza se caracterizou como um bastão de resistência à reforma, vindo a implantar seu primeiro CAPS somente em 1998, sete anos após o início desse processo no interior do Ceará.

Como referido por Abreu (2007), com base nos resultados de sua pesquisa em um CAPS de Fortaleza, data de 2005 esse compromisso com a implantação de novos CAPS e a melhoria dos existentes, quando entra em cena a atual gestão municipal, denominada “Fortaleza Bela”. Ainda nesse sentido, Andrade *et al.* (2007) reafirmam esse compromisso ao descrever a ampliação e implementação da rede de assistência à saúde mental no município ocorrida a partir daquele ano.

Desse modo, a realidade exposta, consubstanciada nas discussões de Campos (2007c), Fleury (2007) e Coelho (2007), torna claro que a implantação de serviços de saúde, sua implementação e/ou ampliação da rede, bem como sua manutenção, tendo em vista o fortalecimento do SUS, são determinadas pelo contexto político, social e econômico.

Com base nessa consideração, o SUS tem um problema sério a ser enfrentado, qual seja, a questão do financiamento (BOURGUIGNON; TAVARES; SANTANA *et al.*, 2003). Como é notório, não dá para se construir e/ou manter serviços de saúde sem alocação de recursos financeiros. No campo da saúde mental, o problema se apresenta ainda mais grave, pois de acordo com Andreoli (2007) os gastos nesta área sofreram redução ao longo dos últimos cinco anos.

No centro dessa problemática, foi detectada uma aparente contradição na lógica de financiamento da saúde mental. Pois, ao mesmo tempo em que a política nacional de saúde mental apresenta como diretriz a desinstitucionalização, prima pela construção de uma rede de serviços substitutivos, a legislação (Lei 10.216, art. 4º) determina que “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando todos os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (BRASIL, 2004b). Segundo foi evidenciado, há maior investimento na atenção hospitalar do que na construção, ampliação e manutenção dessa rede substitutiva, pois os gastos hospitalares em saúde mental, apesar de terem sofrido redução,

ainda são maiores do que os gastos extra-hospitalares. Para ilustrar essa afirmação, dados do Ministério da Saúde revelam que em 1997, 2001 e 2004 os gastos hospitalares em saúde mental foram, respectivamente, 93,14%, 79,54% e 63,84% do total de investimentos em saúde mental no país (DELGADO; SCHECHTMAN; WEBER *et al.*, 2007).

De qualquer forma, o modelo hospitalocêntrico subsiste hegemonicamente - a exemplo disso, Fortaleza ainda conta com seis hospitais psiquiátricos. Destes, um é público e os demais particulares ou filantrópicos conveniados ao SUS. Neste cenário, muitas vezes, essas instituições se constituem em primeira opção de atendimento em saúde mental e, por conseguinte, porta de entrada para a rede de serviços de saúde mental, como pode ser observado no cotidiano desses serviços.

Outro aspecto interno ao trabalho referido pelos trabalhadores do CAPS como determinante de (in) satisfação foi o salário. Este foi referido por uma parcela considerável dos entrevistados, tanto de nível superior quanto de nível médio, como causa de insatisfação, evidenciado nos depoimentos de G1E1, G1E3, G1E5, G1E9, G1E12, G2E1, G2E2, G2E4 e G2E6.

Em relação à questão salarial, a fase de observação do campo empírico permitiu ao pesquisador presenciar em um dos CAPS a seguinte situação: os trabalhadores estavam se articulando para paralisar as atividades, como forma de protesto porque suas vantagens salariais, pagas na forma de produtividade, não estavam sendo pagas há meses. O salário também estava atrasado, conforme enunciado por eles durante a articulação estabelecida no expediente de trabalho daquele dia.

Na percepção dos trabalhadores, o salário representa uma forma de valorização pelo trabalho que exercem. Tal percepção pode ser apreendida das falas exibidas, a seguir, a título de ilustração.

Satisfação abrange vários aspectos: financeiro, [...]. Então, minha satisfação, em termos financeiros, é zero [...] porque não há uma valorização do nível médio. **(G2E1)**

[...] o salário, acho que a gente poderia ganhar melhor. [...] não existe uma valorização, eu sinto falta de uma valorização maior dentro da saúde mental. **(G1E5)**

Quando a entrevistada G1E5 se refere à falta de valorização na saúde mental, na verdade ela está fazendo uma comparação com outras especialidades em saúde, particularmente na medicina, em que os profissionais são mais bem remunerados.

Consoante observado, os achados desta pesquisa, quanto à profunda insatisfação em relação às condições de trabalho e aos salários, são convergentes com os resultados encontrados por Gigantesco, Picardi, Chiaia *et al.* (2003) num estudo em que investigaram a satisfação entre profissionais de saúde mental em Roma.

A questão do salário constitui um problema sério dentro da rede de serviços integrantes do SUS. Embora, a implantação desse sistema represente, na história da saúde pública no Brasil, uma das principais inovações da reforma do Estado brasileiro, contrapondo-se ao modelo hegemônico estabelecido pelo Estado capitalista, persistem desafios, tanto no referente ao financiamento como à política de recursos humanos (BOURGUIGNON; TAVARES; SANTANA *et al.*, 2003).

Inegavelmente o processo de implantação do SUS promoveu transformações no tocante à organização das práticas e dos serviços de saúde, na gestão e particularmente na gestão de recursos humanos. Porém, no cerne desse processo ocorreu uma precarização do trabalho em saúde, representada pela desregulamentação e flexibilização da forma de contratação dos trabalhadores – expressa nas diversas formas de contratação desses trabalhadores, inclusive sem o estabelecimento de vínculo empregatício com a administração pública, com total desproteção social e desrespeito aos direitos trabalhistas; salários abaixo dos existentes no mercado; condições de trabalho insatisfatórias; e, não democratização das relações de trabalho (CAMPOS, 2006c; JORGE; GUIMARÃES; NOGUEIRA *et al.*, 2007).

Nas falas a seguir, evidencia-se a flexibilização das relações de trabalho como causa de insatisfação dos trabalhadores de saúde mental.

[...] a insegurança também da gente não ter concurso. Se hoje a gente tá aqui mas amanhã não sabe se tá. A insegurança também da gente querer lutar por nossos direitos e não poder, por essa insegurança de não se ter concurso, com certeza isso afeta. (G1E1)

[...] hoje o serviço passa por uma precarização, as diversas formas contratuais, aqui existem profissionais concursados, profissionais terceirizados [...] isso é uma distorção que acaba provocando desmotivação dos profissionais até em relação ao projeto de carreira. (G1E12)

Como pode ser visto, a flexibilização provoca conseqüências danosas ao trabalhador, gerando tensões, insegurança e medo. Apesar da consciência da necessidade de lutar por seus direitos trabalhistas, por melhores condições de trabalho, diante da instabilidade predomina o receio de perder o emprego, manifestado na expressão “querer lutar por nossos direitos e não poder”. Isto provoca a insatisfação, inclusive por não terem

perspectiva de ascensão, de seguir uma carreira em decorrência da inserção irregular no serviço público e da ausência de um plano de cargos, carreiras e salários para aqueles que são efetivos do quadro de pessoal.

As discussões elaboradas por Rebouças, Legay e Abelha (2007) a partir de estudo sobre satisfação de trabalhadores de saúde mental, realizado no Brasil, complementam a discussão ora exposta, quando referem a diversidade de vínculos empregatícios dentro de uma mesma instituição, a diversidade e/ou precárias condições de trabalho, tais como, salário, carga horária, benefícios, como principais condicionantes de satisfação no trabalho.

Além disso, o encontro diário no cotidiano dos serviços de saúde mental entre trabalhadores com diversas formas contratuais também tem gerado conflitos e disputas entre os membros da equipe (FARIAS; VAITSMAN, 2002). Esse fato também pode ser constatado na seguinte fala:

Mas, de uma maneira geral, existe uma certa diferença entre os profissionais. Uns pensam de uma maneira, outros de outra, né. Existe, assim, uma facção, é os concursados, (pausa) os terceirizados e isso gera conflitos. Esse conflitos já foram bem maiores na época em que eu entrei aqui, eu fui a primeira terceirizada e eu tenho a questão de que eu não era bem aceita. [...] embora eu tenha conquistado o meu espaço ao longo do tempo. (G1E8)

Como pode ser apreendido do discurso, as diversas formas de inserção no serviço público, no caso particular dos CAPS, têm corroborado para que estes serviços se configurem como arenas de disputas, imprimindo a necessidade de delimitação de território por parte dos trabalhadores. O discurso da entrevistada G1E9 complementa essa percepção ao ponderar o seguinte:

[...] os profissionais foram colocados aqui no CAPS por um critério, e isso é claro, de indicação política. Não quero dizer com isso que são maus profissionais, uma coisa é bem diferente da outra. Mas o critério... não foram pessoas que, necessariamente, teriam identificação com o serviço. [...] Isso é complicado, e assim, aqui no CAPS tem pessoas terceirizadas que se identificam com o trabalho. Se no começo não se identificavam, mas com o trabalho foram se identificando. Entenda que isso não é uma crítica as pessoas, é uma crítica ao processo, à estrutura, à medida que não houve política. (G1E9)

Ao apontar sua indignação/insatisfação com as formas de inserção dos trabalhadores no serviço CAPS, a participante deixa implícito que isso interfere na

organização do processo de trabalho. Também aponta alguns critérios básicos passíveis de serem adotados para a contratação de pessoal, já que não são levados em conta os preceitos legais estabelecidos para a inserção de trabalhadores no serviço público (JORGE; GUIMARÃES; NOGUEIRA *et al.*, 2007). Entre esses critérios, consta a identificação com a área e/ou experiência no campo da saúde mental.

Dessa forma, traz à tona outra questão séria e que representa um desafio à gestão de recursos humanos no SUS, qual seja a qualificação dos trabalhadores. Nesse sentido, conforme Amarante (2003) a Reforma Psiquiátrica apontou para a necessidade de mudança na formação profissional, colocando o próprio saber psiquiátrico em questão e expondo o desafio de se repensar as relações entre conhecimento e objeto, sem deixar de alertar para a complexidade dessa relação.

Para responder a essa necessidade, Silva e Tavares (2003) ponderam que é preciso repensar a formação profissional, bem como adotar estratégias de educação permanente dos trabalhadores de saúde mental para um agir interdisciplinar tendo em vista promover possibilidades de compreensão integral do ser humano e do processo saúde-doença e a complexidade do objeto de trabalho em saúde mental.

Entretanto, os conflitos presentes no cotidiano desses trabalhadores, decorrentes da precarização do trabalho, não se restringem ao âmbito coletivo de atuação profissional, ao contrário, parece que também provocam impactos na esfera privada/pessoal, no referente à forma de avaliar e perceber sua permanência no trabalho, conforme emerge no discurso de G2E7, a seguir.

[...] eu tô muito insatisfeita [...] porque aqui tem pessoas que implicam comigo desde o dia que eu cheguei. **Ela é uma terceirizada** (grifo meu). Então não tô satisfeita de maneira alguma. Eu já pedi minha devolução (falando da possibilidade de transferência para outra instituição). [...] não pela colega, mas pela colega de trabalho. A última vez, tá fazendo um mês, ela me atacou moralmente.

Reconheço, em conformidade com Gomez e Thedim-Costa (1999), que o processo de precarização do trabalho em saúde, faz parte e, ao mesmo tempo, resulta das políticas econômicas e sociais dominantes as quais promoveram o movimento de globalização da economia desencadeando maior valorização do capital, inclusive por corporações industriais e/ou serviços. Deste modo, as transformações ocorridas no modo de produção capitalista têm produzido impacto sobre as forças de trabalho. Dito de outra maneira, as

metamorfoses do modelo econômico decorrentes da reestruturação produtiva, da integração mundial dos mercados financeiros, da internacionalização das economias, da desregulamentação e abertura dos mercados, entre outras, em suas causas e conseqüências político-sociais, vêm atingindo amplos setores da população trabalhadora, de forma direta ou indireta, inclusive os trabalhadores de saúde.

Consoante essas afirmações, Machado (2005: 272) assim se pronuncia:

A política neoliberal de flexibilização da inserção do trabalhador no mundo do trabalho na década de 1990 – adotada pelo governo federal e seguida, em boa medida, pelos governos estaduais e municipais – produziu efeitos deletérios no SUS. Verifica-se hoje nas instituições um volume enorme de contratações de serviços por terceirização. O processo de trabalho e o mundo do trabalho estão se transformando de forma significativa, alterando a modalidade de inserção e os vínculos empregatícios, a forma de remuneração e, muito fortemente, o modo de trabalhar configurando-se em arenas competitivas, individualizadas em ambientes pouco saudáveis.

Em meio às metamorfoses ocorridas no “mundo do trabalho” a partir da década de 1980, registra-se uma acelerada e crescente incorporação das mulheres no mercado de trabalho (LUDERMIR, 2000). Esta afirmação pode ser constatada, inclusive, nos serviços de saúde mental. Nesse sentido, destaco, de acordo com a observação de campo, que a grande maioria dos trabalhadores dos CAPS de Fortaleza é constituída por mulheres, razão pela qual nesse estudo os sujeitos são todos do sexo feminino, pois, além de estarem em menor contingente, os homens não aceitaram participar.

O posicionamento de Machado (2005) ao discutir sobre os trabalhadores de saúde, abordando aspectos inerentes ao perfil de equipes de saúde, também converge para essa constatação ao registrar que a feminilização tornou-se marca registrada desse setor.

Além dessa problemática, deve ser lembrado que o trabalho em saúde, conforme referido anteriormente, representa um trabalho improdutivo, pois não contribui diretamente para a valorização do capital. Nessa perspectiva, de acordo com Marazina (198?), ao discutir o trabalho em saúde mental, os discursos dos trabalhadores – contendo as queixas referentes aos baixos salários, entraves burocráticos, para a realização de projetos inovadores, as precárias condições de trabalho, a falta de espaços para reflexão das práticas – muitas vezes não revelados nos documentos oficiais dos gestores, exprimem o campo no qual a saúde mental está demarcada: o campo do que não vale, o campo do trabalho improdutivo.

Ao retornar a discussão acerca da valorização no trabalho, como elemento intrínseco trabalho capaz de inferir na satisfação do trabalhador, não obstante o reconhecimento do salário como elemento que a expressa, segundo já referido, as trabalhadoras manifestam reconhecerem outras formas de valorização no trabalho, as quais contribuem para sua satisfação pessoal e profissional.

Entre essas outras formas de valorização, emerge o reconhecimento da necessidade do seu trabalho por parte dos usuários e colegas de trabalho, como pode ser apreendido da fala a seguir.

[...] aqui, apesar da dificuldade de espaço, o meu trabalho é valorizado (falando da massoterapia) e a gente tenta exercer a atividade. [...] aqui é um dos locais que cedem estrutura para a realização. Em outros locais é impossível, não se está exercendo em outras unidades de saúde (aqui ele se referia à atenção básica). (G2E5)

Segundo o discurso, o fato de seus colegas, diante da estrutura física ser pequena, muitas vezes, abrirem mão do seu espaço de atendimento, para ela poder atender os usuários e mais que isso encaminhá-los para a massoterapia (atividade dessa trabalhadora) representa reconhecimento/valorização do seu trabalho. Isso é fonte de satisfação para ela.

O discurso de G1E9, complementa o anterior ao afirmar que o reconhecimento e o respeito pelo trabalho são condicionantes da satisfação. No entanto, revela-se insatisfeita e demonstra revolta em relação aos gestores, em decorrência da ausência de respeito e reconhecimento.

O respeito que as pessoas, a chefia/gerência tem por você. Quando há um reconhecimento do seu trabalho. [...] eu me sinto reconhecida pelos usuários, o meu trabalho é reconhecido por eles. [...] quando o povo da secretaria vem (falando da supervisão/reunião de equipe) falar um monte de coisas e querer que você acredite, sabendo que não é verdade, que não tá acontecendo, é eles lhe tratarem feito palhaça, achar que sou retardada. Posso até estar politicamente incorreta falando essas coisas, mas eu acho que é um desrespeito muito grande, eu me sinto muito desrespeitada. Pra mim, é insuportável dessas reuniões de equipe quando tem gente da secretaria e do distrito de saúde. Eu não acredito em nada, em absolutamente nada do que eles fazem, eu acho que eles agem com má fé e com desrespeito. Então isso é extremamente desgastante hoje. (G1E9)

A fala, além de expor sua insatisfação em relação à gestão municipal por perceber e/ou sentir-se desrespeitada e não ter seu trabalho reconhecido, aponta para problemas na

relação gestão-trabalhadores de saúde. Assim, no inerente às relações estabelecidas no ambiente de trabalho, também componentes dos aspectos intrínsecos ao trabalho, pode ser apreendido dos discursos dos participantes que representam causa de satisfação, por um lado, e de insatisfação, por outro, a depender de como são estabelecidas. Nesse sentido, tanto na relação dos coordenadores de CAPS com os trabalhadores e destes entre si, há sinais de satisfação e de insatisfação. Contudo, a maioria refere sentir-se satisfeita com a relação entre os colegas. No tocante às relações estabelecidas com os usuários foram identificadas somente satisfações. Pela sua relevância, abordo essa temática em outro tópico desse trabalho.

Entretanto, desde já vale ressaltar que no presente estudo a principal causa de satisfação encontrada foi a relação entre trabalhador e usuário, seguida da relação entre os próprios trabalhadores.

O estudo realizado por Reid, Johnson, Morant, *et al.* (1999), sobre estresse e satisfação no trabalho entre profissionais de saúde mental, realizado no Reino Unido, diverge dessa realidade, pois nele a principal causa de satisfação são as relações dos membros da equipe entre si, seguidas do trabalho com os pacientes.

Conforme percebi, a partir das falas das participantes do estudo, há determinantes de satisfação diretamente ligados aos processos de trabalho desenvolvidos no CAPS. Nesse sentido, a possibilidade de empreender novos projetos foi referida, segundo pode ser visualizado na convergência dos seguintes discursos.

Eu acho que a liberdade de fazer (pausa) olha, eu to falando do começo, acho que hoje eu não poderia tá falando isso aí não, mas a oportunidade de tá trabalhando com políticas públicas até fora do CAPS, a liberdade de tá elaborando projetos de saúde mental na atenção básica que eu tive, pra mim foi muito valioso. A oportunidade que eu tive de tá no matriciamento que esse projeto, de tá no CAPS e formando o pessoal da atenção básica, em que eu participo com o psiquiatra da unidade, toda segunda-feira... isso pra mim foi muito valioso, dá prazer. **(G1E6)**

[...] que tenha abertura também para novos projetos, para a realização de novos projetos de acordo com a avaliação de uma equipe, onde possam ser feitas melhorias no serviço. [...] O que a gente já começou a fazer, que é ir nos PSF, fazendo atendimento conjunto com os colegas lá para começar a treinar o pessoal do PSF pra atender alguma demanda daqui, porque o CAPS é pra atendimento de doenças moderadas a graves, só que nos atendemos tudo. **(G1E5)**

Estas falas revelam a satisfação dos trabalhadores em poder expressar sua capacidade criativa e laboral, mediante a inovação e execução de novas ações de saúde. Nesse caso, em atendimento a uma diretriz da política de saúde mental, tendo em vista a capacitação dos trabalhadores do Programa Saúde da Família, na perspectiva de fortalecer sua atuação no enfrentamento dos problemas de saúde mental o âmbito de seu território. Com isso pode-se reduzir a demanda de problemas mentais leves no CAPS, portanto, evitar o “estrangulamento da demanda” nesse serviço.

Na verdade, é preciso apostar na capacidade criativa do trabalhador, na sua expressão de subjetividade, permitindo sua manifestação. Por conseguinte, promover a participação do trabalhador na gestão da organização dos serviços e das práticas de saúde, tendo em vista transformar esses trabalhadores em sujeitos, protagonistas dentro do seu processo de trabalho, como estratégia de democratização da gestão e das relações de trabalho (CAMPOS, 2007a). Desta forma, fazer com que o trabalho em serviços de saúde também atenda às necessidades de realização pessoal e profissional de seus trabalhadores.

Inegavelmente, em saúde o trabalho vivo não pode ser totalmente capturado pelo trabalho morto; o trabalhador tem sempre um autogoverno, exercido no seu espaço privado de encontro com o usuário (MEHRY, 2006). Permitir que no interior dos processos de trabalho o trabalhador possa agir com liberdade para criar, estabelecer processos inovadores, significa atribuir um maior coeficiente de autonomia aos sujeitos e coletivos. Desse modo, no contexto institucional, promove o alargamento do seu potencial de compreensão e de intervenção no mundo do trabalho, possibilitando sua participação co-responsável tanto na gestão do serviço quanto nas práticas, por meio do estabelecimento de contatos e de contratos (CAMPOS, 2006a; 2007a).

Quando isso não acontece advêm as insatisfações.

Outro aspecto inscrito no processo de trabalho que emergiu como causador de insatisfações foi o não funcionamento do serviço em conformidade com suas diretrizes. Dito de outra maneira, a dicotomia entre as diretrizes estabelecidas, do ponto de vista filosófico, político, social e operacional, e a realidade concreta de funcionalidade dos serviços foram eleitas como elementos capazes de promover insatisfação, conforme a mostra a fala a seguir.

Então quando eu entrei aqui eu acreditava mais no CAPS, então hoje eu me decepciono um pouco nesse sentido. Eu vejo que muito mais podia ser feito, né? Não só por parte dos gestores, mas por conta de nós mesmos, porque se a gente ficar o tempo todo esperando por gestores e só colocando a culpa neles acho que o serviço não anda. Acho que a gente tem que refletir internamente, o serviço como estrutura menor, e a gente tentar fazer alguma

coisa aqui dentro. [...] Uns fazem acontecer, outros esperam acontecer, então nesse sentido acho que eu me decepcionei um pouco com o serviço. (G1E7)

O discurso, permeado de insatisfação quanto à gestão dos serviços e das práticas e ao modo como os trabalhadores têm se conformado no interior dos processos de trabalho, retrata limitações, impasses que dificultam a operacionalidade do serviço dentro de uma lógica compatível com as diretrizes propostas para esse tipo de serviço de saúde. Nesse sentido, aponta a necessidade de reflexão crítica tanto por parte dos gestores como dos trabalhadores. Portanto, é preciso rediscutir o modelo de atenção instituído nessas instituições em busca de sua ressignificação.

Esse debate é complementado pelo discurso da entrevistada G1E9, ao afirmar:

Desde o começo a gente sempre teve dificuldades, mas antes eu acreditava que as coisas poderiam ser diferentes, que poderiam mudar, que a gente poderia se organizar e as coisas iriam mudar e a gente lutou pra isso. Então, desde que a gente chegou aqui, vejo as coisas só piorando[...] Antes não existia política nenhuma de saúde mental. Existia um CAPS em Fortaleza, depois vieram outros dois. E, assim, não existia praticamente uma política de saúde mental, não se tinha o entendimento acerca da necessidade de saúde mental. Hoje, eu acho que há uma distorção. A gente não tem uma política de saúde mental que realmente dê conta das demandas – eles abriram não sei quantos CAPS em Fortaleza e eu não vejo impacto nenhum, as pessoas continuam sendo internadas o tempo todo. Não existe uma reforma psiquiátrica, não está sendo feito. [...] Acho que não existe uma filosofia de desospitalização, de desinstitucionalização dos pacientes, os CAPS acabam sendo porta de entrada para os hospitais psiquiátricos e isso é muito complicado, porque não é assim, é pelas minhas leituras e pelo que eu acredito, enquanto Reforma Psiquiátrica, não deve existir hospital psiquiátrico. Internação psiquiátrica é uma coisa, hospital psiquiátrico é outra. Então nesse sentido não avançou. Você hoje tem um CAPS superlotado, [...], a gente só absorvendo pessoas, pessoas que não tem o perfil pra unidade e que deveriam estar sendo atendidas mais perto da sua casa em outros tipos de serviços substitutivos, mas esses não existem.

Deste modo, conforme o discurso revela, os CAPS por não atuarem de acordo com o proposto pela política de saúde mental e por não terem uma rede de serviço estruturada, além do impacto negativo sobre seus trabalhadores, têm sua resolutividade limitada, inclusive se constituindo porta de entrada para a internação. Contrária, assim, os princípios da Reforma Psiquiátrica, que prima pela desospitalização e pela desinstitucionalização. Ademais, o CAPS constitui-se como serviço de atenção secundária, o qual tem, entre suas atribuições, o atendimento aos transtornos mentais graves. Com base nessa prerrogativa, ele deve ser

substitutivo ao hospital psiquiátrico, com a incumbência, portanto, de reduzir o número de internações e reinternações psiquiátricas.

Contudo, para atingir esses objetivos, é preciso, além do compromisso dos gestores e trabalhadores no relacionado às formas de organização dos serviços e das práticas, a existência de uma rede de serviços de saúde mental hierarquizada e articulada intra e intersetorialmente, operando de forma integral no atendimento aos portadores de sofrimento psíquico e de transtorno mental, mediante o desenvolvimento de ações de promoção da saúde mental, de tratamento e de reabilitação psicossocial (AMARANTE, 2007).

Nessa perspectiva de rede hierarquizada, preconiza-se que os transtornos mentais leves devem ser atendidos, preferencialmente, na atenção básica à saúde (BRASIL, 2004d). No entanto, no Estado do Ceará, conforme afirmam Jorge, Guimarães, Morais *et al.* (2007b) as equipes de saúde da família apresentam limitações no referente à captação e atendimento resolutivo às demandas de saúde mental.

Por conseqüência disso, tem sido presenciado e ao mesmo tempo referido um “excesso” de demanda no CAPS, refletindo a ausência de uma rede de serviços de saúde mental estruturada e/ou sua ineficácia. Tal situação tem contribuído para a insatisfação de trabalhadores dos CAPS, conforme pode ser desvelado no discurso anterior e nos discursos de G1E7, G1E8, G1E11, G1E12 e G2E2.

Em relação aos aspectos externos ao ambiente e organização do trabalho, mas passíveis de inferir na satisfação dos trabalhadores, foi referida a distância do trabalho, como apreendido nos discursos a seguir, quando falavam sobre os determinantes de satisfação no trabalho.

[...] gosto muito daqui porque é perto da minha casa, tem também isso. (G2E7)

[...] eu moro próximo ao serviço, quando eu vi trabalhar aqui eu mesma quis [...]. (G1E7)

Como é possível visualizar, na convergência das falas, uma distância pequena entre a casa e o trabalho, ou seja, morar próximo do trabalho, colabora positivamente para a satisfação dos trabalhadores. Ao contrário, a localização do trabalho distante da residência, ocasionando um longo deslocamento físico do empregado, constitui causa de insatisfação do trabalhador, segundo retrata a fala de G1E6.

Olha só, pra mim, a questão da distância, pra mim, foi um fator que me fez tá saindo daqui. Porque eu moro longe, [...], eu gasto 35min pra chegar, e

isso às vezes é mal compreendido, às vezes você se atrasa ...fura um pneu... eu já tenho chegado um tanto quanto tensa, por ter que correr, [...]. Então, esse fator de deslocamento é um fator complicante, que gera insatisfação.

Consoante essa afirmação, Del Cura e Rodrigues (1999) também consideram que a grande distância ocasiona insatisfação. Nesse caso, além do risco de incompreensão da chefia imediata em virtude dos possíveis atrasos decorrentes do tempo despendido na locomoção, tem-se um maior ônus decorrente do transporte utilizado para o deslocamento.

Outro elemento extra-organizacional referido pelos trabalhadores como condicionante de satisfação foram os problemas pessoais, aqueles ocorridos no ambiente doméstico.

Às vezes a gente vem de casa com problemas, problemas com a família, com as crianças, que a gente tem criança, né? E a gente fica insatisfeita com algum problema externo e chega aqui, a gente se depara com alguma situação que a gente fica mais insatisfeita. Fica insatisfeita com aquela situação [...] porque a gente já vem insatisfeita. (G2E2)

Segundo o discurso retrata, a vida pessoal e o mundo do trabalho são duas realidades indissociáveis; há, portanto, uma articulação entre ambos. Nesse sentido, um e outro, ao mesmo tempo, são determinados e determinantes um do outro. A inferência da vida pessoal na satisfação no trabalho encontra fundamentação no discurso de Martinez (2002).

Finalmente, como observei, entre os determinantes de (in) satisfação dos trabalhadores, foram detectados aspectos intrínsecos ao ambiente e à organização do trabalho.

Nesse grupo, as principais causas de insatisfação estão relacionadas ao ambiente de trabalho: estrutura física e falta de material e equipamentos, embora em um dos serviços os trabalhadores estejam satisfeitos nesse quesito; à organização do trabalho: os processos de trabalho desenvolvidos em desacordo com as diretrizes políticas do serviço; à gestão do trabalho: onde sobressaem as insatisfações quanto ao salário e à flexibilização da inserção no serviço público.

Quanto à satisfação dos trabalhadores, como principal causa referida constam as relações estabelecidas com os usuários e dos trabalhadores entre si, embora alguns atritos gerem insatisfações entre estes.

Enfim, consoante o pensamento de Martinez (2002), é coerente afirmar que alguns aspectos psicossociais do trabalho são responsáveis tanto pela satisfação como pela insatisfação, isto é, a mesma categoria de eventos é responsável tanto por satisfação como por insatisfação, a depender de como eles se apresentam e são avaliados pelo trabalhador.

4.2.2 Conseqüências da (in)satisfação no trabalho

O trabalho em saúde mental apresenta-se permeado de especificidades, as quais requerem dos trabalhadores habilidades e aprimoramento para lidar com o ser humano tendo em vista compreendê-lo numa perspectiva integral. Sobretudo, porque se lida no cotidiano com o sofrimento e a loucura, o que torna o ambiente permeado por intensa produção subjetiva e intersubjetiva.

De acordo com as discussões anteriores, os trabalhadores estão expostos a diversas situações, as quais, a partir da avaliação subjetiva de cada um acerca dessas situações, podem ocasionar satisfação ou insatisfação.

As situações de (in)satisfação no trabalho têm conseqüências para o trabalhador, as quais podem influenciar, inclusive, seu comportamento na instituição. Por conseguinte, em conformidade com Sato (2001), determinadas conformações de gestão e de organização dos processos de trabalho podem ser prejudiciais à saúde dos trabalhadores e “da instituição”.

Martinez (2002), Martinez e Paraguay (2003) e Marqueze e Moreno (2005) corroboram essa informação e afirmam o seguinte: independentemente da concepção de satisfação no trabalho adotada, não há como refutar que ela interfere no processo de saúde-doença e, conseqüentemente, no ambiente de trabalho e na vida pessoal. Portanto, a (in)satisfação no trabalho pode influir na saúde física e mental, bem como no comportamento das pessoas e na qualidade de vida dos trabalhadores.

A partir dos discursos de alguns entrevistados, foi possível visualizar que, diante das situações de insatisfação experimentadas continuamente no ambiente de trabalho, alguns denotam sofrimento psíquico. Aliás, na concepção de Martinez e Paraguay (2003), a insatisfação já representa, por si só, uma expressão de sofrimento. As falas mostradas adiante retratam essa afirmação.

... a insatisfação, por outro lado, porque eu me decepcionei um pouco né, eu acredito, entrei no serviço acreditando mais no serviço, [...]. Eu vejo que muita coisa mudou, mas ainda tem muita coisa pra mudar. (G1E7)

Inicialmente, o sofrimento psíquico foi expresso na forma de decepção, após anos no serviço sem ocorrerem mudanças significativas que apontem para a reestruturação dos

serviços de forma a melhorá-lo, apesar das reivindicações eventualmente feitas pelos trabalhadores.

Outra forma sob a qual o sofrimento psíquico dos trabalhadores tem se manifestado é na tensão entre vida pessoal/particular e a vida no trabalho. Nesse sentido, os profissionais se policiam no sentido de não permitir que sua insatisfação interfira nas relações sociais extratrabalho, segundo pode ser aprendido das falas apresentadas a seguir.

Eu tento não levar para minha vida, depois daquele portão, os problemas que tenho aqui dentro. Eu sei, assim, equilibrar bem direitinho o daqui e o de fora. Eu não deixo misturar sabe, até agora não. **(G2E1)**

Essa questão de salário, de produtividade é importantíssima pra vida pessoal da gente,[...] mas assim, da vida pessoal, do momento que eu saio para fora, eu ainda consigo separar um pouquinho essa questão: ah minha produtividade tá atrasada. Tô infeliz, eu não consigo trazer, mas também eu nem consigo levar isso pra relação com minha família,...**(G1E3)**

Diante das falas, torna-se perceptível a preocupação das pessoas em não “levar seus problemas de trabalho para casa”. É como se o mundo do trabalho fosse isolado da vida pessoal e social. A meu ver, manter essa separação requer contínuo esforço por parte do trabalhador e autocontrole. Portanto, impõe uma tensão de ordem psíquica.

Ao se considerar que o trabalho além de assegurar a sobrevivência se constitui em principal dispositivo para a co-produção do sujeito, torna-se premente que o mundo do trabalho é indissociável da vida particular de quem o exerce. Talvez o esforço manifestado pela entrevistada acima seja motivado por ela não conseguir compartilhar coletivamente, no âmbito familiar, o seu sofrimento. Pois, a própria entrevistada G1E3 reconhece a centralidade do mundo trabalho na vida das pessoas e suas conseqüências no comportamento social do trabalhador quando afirma

[...] eu acho que o universo do trabalho é um universo central na vida das pessoas. Se eu tô satisfeita no meu trabalho, lógico que também vai criar ramos na minha vida pessoal, quando eu sair daqui eu vou ta muito bem, quando eu chegar em casa como tem dias, a maior parte dos dias, eu chego assim em casa, feliz, tranqüila. **(G1E3)**

O sofrimento, gerado pelo ambiente de trabalho, sobretudo pelas condições de trabalho e remuneração, pode se tornar intenso, permeado pela angústia, particularmente

quando o trabalhador está exposto a ele por longo período de tempo, como é o caso da entrevistada a seguir, que está no serviço desde sua inauguração.

É, eu já não tenho mais prazer como tinha antes, em trabalhar. Eu gosto de atender, eu gosto de fazer meus grupos, eu gosto de fazer minhas atividades. Quando eu to no grupo eu acabo esquecendo, mas quando eu saio que eu vejo o ambiente de trabalho, eu mudo. Hoje eu não me sinto mais feliz e acabo achando que faço muito pouco, que deveria fazer mais e fico sempre com a impressão que tô em falta e isso me deixa insatisfeita, muito insatisfeita. Então dá muita angústia [...]. (G1E9)

A falta de prazer e a angústia referidas no discurso retratam a imensa insatisfação da informante.

Portanto, ao se considerar a satisfação no trabalho como prazer, o contrário, ou seja, a insatisfação, significa sofrimento (MARTINEZ; PARAGUAY, 2003). Nesse sentido, Ferreira e Mendes (2001) defendem que o prazer-sofrimento é uma vivência subjetiva do próprio trabalhador, mas que pode ser compartilhada coletivamente e influenciada pelo trabalho. Pensar o sofrimento como vivência, a qual pode ser compartilhada, significa inseri-lo em dimensão política, uma vez que envolve a presença do outro no campo da existência do sujeito (BRANT; GOMEZ, 2005).

No discurso de G1E9, emerge o aparente sentimento de culpa, ao afirmar “acabo achando que faço pouco, que deveria fazer mais”. Essa autculpabilidade, segundo a posição adotada por Rollo (2007), caracteriza o sofrimento psíquico, que além desta apresenta outras características como sensação de incompetência, redução da auto-estima, piora do rendimento e qualidade profissional com perda da atenção, má acolhida dos usuários e colegas, com tendências a posturas culpabilizantes tanto no trabalho como nas demais relações sociais.

Por conseguinte, o sofrimento psíquico, consoante Ferreira e Mendes (2001), é capaz de desestabilizar a identidade e a personalidade, conduzindo a problemas mentais. Ao mesmo tempo, porém configura-se como elemento para a normalidade, quando existe um compromisso entre o sofrimento e a luta individual e coletiva contra ele; sendo o saudável não uma adaptação, mas o enfrentamento das imposições e pressões do e no trabalho geradoras da desestabilidade psicológica. Assim, quando o sofrimento é transformado toma seu lugar o prazer.

Entre as implicações da insatisfação na saúde dos trabalhadores, foi também identificada alteração na saúde física, conforme evidenciam os relatos a seguir.

[...] tem horas que ficam assim, [...] e eu me sinto sufocada, estressada. [...], tem dias que eu saio daqui estressada, com muita dor de cabeça, sufocada. (G2E6)

[...] é uma condição estressora, [...]. Volto a tocar no ponto da condição geográfica, física, do espaço físico que também é estressor [...].(G1E8)

A convergência das falas retrata adoecimento manifestado em forma de estresse e dor física. Esses processos de adoecimento denotam o profundo desgaste do trabalho diante das situações estressoras experimentadas no cotidiano de trabalho.

Para autores como Marqueze e Moreno (2005), por exemplo, os processos de adoecimento decorrentes de sofrimento físico e psíquico são importantes causas de licenças médicas, afastamentos, enfim, de absenteísmo nas instituições.

Diante do exposto, torna-se evidente a necessidade de adoção de estratégias de enfrentamento dessa questão, visando sua prevenção e/ou inversão de tais “complicações”. Pautado na experiência cubana, Rollo (2007) propõe estratégias a serem adotadas em três âmbitos, a saber:

1. no âmbito individual do trabalhador: acompanhamento individual em programas de atenção biopsicossocial, com equipe interdisciplinar. Enfim, estruturação da atenção à saúde do trabalhador na instituição;
2. no âmbito da equipe de trabalho: estabelecer as metas e objetivos da equipe de forma participativa, com processo avaliativo regular, mais autonomia para a reorganização do processo de trabalho, entre outras estratégias;
3. no âmbito da instituição/rede/organização: descentralização e democratização do poder, mediante o empoderamento dos trabalhadores, reconhecimento e celebração de resultados, criação de programas e processos de educação permanente.

Esforços no sentido de adoção dessas estratégias vêm sendo adotados no Brasil, por meio da implantação da Política Nacional de Humanização, cujas diretrizes apontam para a humanização não só do atendimento aos usuários dos serviços de saúde, mas dos espaços de atuação dos trabalhadores e das relações no âmbito organizacional (ROLLO,2007).

Se o serviço de saúde, em meio às transformações ocorridas nos últimos anos, conseguirem atender, de alguma forma, às necessidades de realização pessoal e profissional

dos trabalhadores, promovendo sua satisfação, conseguirá obter maior rendimento por parte dos trabalhadores.

Nesse sentido, a fala de G1E6, entre outras, ao falar de sua satisfação em relação a alguns aspectos do seu trabalho, revela que quanto mais satisfeito estiver o trabalhador melhor será seu desempenho na instituição.

[...]em um ano..... eu não tinha a dimensão de percepção de quanto eu tinha oferecido do meu trabalho, da minha escuta, sabe..... e eu tive a oportunidade de ouvir em alguns grupos relatos que quase me fizeram chorar [...] (G1E6)

Sobre o assunto, Abreu (2007) considera que o trabalhador insatisfeito poderá apresentar descompromisso e conseqüentemente um baixo rendimento no trabalho, contribuindo para uma menor qualidade na assistência por ele prestada. Por outro lado, o trabalhador satisfeito, segundo Gomes e Miguez (2006) e Abreu (2007), pode implicar melhoria na qualidade do serviço oferecido, em virtude do seu melhor rendimento e compromisso no trabalho.

4.2.3 A (in) satisfação no trabalho e sua interface com as tecnologias leves no processo de trabalho em saúde mental

Nesta seção teço uma perspectiva de análise da rede de relações estabelecidas entre os trabalhadores e demais atores sociais atuantes nos processos de trabalho desenvolvidos nos CAPS. Procuo, a partir da falas das entrevistadas e das observações, analisar os “atravessamentos” presentes nas relações dos trabalhadores entre si, e deles com a coordenação e com os usuários destes serviços.

Para contemplar essa pretensão, em virtude da convergência das falas e das observações, procuro delinear a análise buscando uma articulação entre o conteúdo proveniente das falas com os dispositivos relacionais constituintes das tecnologias leves em saúde, definidos por Merhy (2002; 2006; 2007a) e Merhy *et al.* (2006), como acolhimento, vínculo, autonomização, co-responsabilização, entre outros.

O ambiente do CAPS, como instituição de saúde, revelou-se uma arena, onde operam diversos agentes institucionais com perspectivas de ação nem sempre comuns, mas não necessariamente contraditórias. Nesse cenário, a rede de relacionamentos comporta

relações harmônicas e contratuais, mas também aparecem aquelas tensas e conflitantes, as quais se conformam no cotidiano desses espaços de trabalho.

Em meio a essa rede instituída de relações, procuro sistematizar a análise em três momentos. No primeiro abordo as relações estabelecidas entre trabalhadores e coordenadores; no segundo, as desenvolvidas pelos trabalhadores entre si; e, no terceiro momento, discuto as relações entre trabalhadores e usuários.

Nesse sentido, primeiramente, foi oportunizado ao trabalhador falar acerca das suas relações com o coordenador do seu CAPS. Conforme percebi, no entanto, alguns trabalhadores não aprofundaram o relato nesse quesito, limitando-se apenas a verbalizar que a relação é boa ou ótima, a exemplo de G1E1, G1E4, G2E2, G2E5, G2E6 e G1E11. Essa afirmação de que a relação é boa, implicitamente, traz a mensagem de haver amizade entre eles, cordialidade, receptividade. Segundo observei, existe, em campo, uma aproximação entre esses atores que refletia muito mais uma interação pessoal, informal que uma relação institucional, sobretudo nos momentos de “folga” quando se aglomeravam em alguns espaços – conversando. Isto, aparentemente, contribui para tornar o ambiente de trabalho mais agradável.

Nesse contexto relacional, fica evidente o embasamento das relações em aspectos de caráter estritamente pessoal. Desse modo, os atores sociais enfatizam, nas relações interpessoais, os sentimentos de amizade e camaradagem, os quais operam sobrepondo as dimensões tecnológicas e organizacionais do serviço (PEDUZZI, 2001).

Para outros trabalhadores a relação é pautada na perspectiva da cooperação, da resolução das demandas surgidas no cotidiano do serviço. Para tanto, buscam apoio institucional na coordenação do serviço.

[...] é boa, de amizade, quando a gente precisa de um apoio ele tá pra ajudar. (G2E3)

[...] ele tem se esforçado, tá. Eu acho que a relação, eu diria, que é boa sim. Ele, na medida do possível, tenta resolver, vai buscar, vai atrás, sabe [...] (G1E6)

[...] com o coordenador,[...] a gente tem um diálogo muito aberto. As coisas que antes eu achava que não tavam muito bem, porque eu tentava resolver muito problema [...] e acabava ficando com problema maior na farmácia, mas nós sentamos e conversamos, ele me entende. Acho que isso ajuda muito. (G1E2)

Além de retratarem a “amizade” entre coordenadores e trabalhadores, esses discursos revelam a receptividade dos primeiros, no sentido de escutar, acolher as demandas dos segundos. Conforme pode ser apreendido, os coordenadores têm se apresentado como catalisadores dos “problemas”, demandas que escapam da governabilidade dos trabalhadores.

Desse modo, relembro que no trabalho vivo em ato operado nos serviços de saúde o trabalhador tem um autogoverno, exercido no interior do processo de trabalho, nos espaços intercessores que abrem no encontro trabalhador-usuário (MERHY, 2006). Nesses espaços, os usuários apresentam suas demandas traduzidas em necessidades de saúde referidas e/ou percebidas, as quais devem ser satisfeitas mediante o “agir tecnológico” dos trabalhadores.

No entanto, o atendimento a essas demandas, muitas vezes, requer ações que estão além da competência do trabalhador e/ou equipe, portanto extrapolam sua governabilidade. Desse modo, para sua resolubilidade se exigem ações intra e intersetoriais. Nesse caso, o trabalhador se vê impulsionado recorrer a terceiros, inclusive ao coordenador do serviço. Isso caracteriza o compromisso do trabalhador com a construção de um serviço de saúde e de um modelo tecno-assistencial em defesa da vida.

Entretanto, o discurso de G2E1 diverge dos anteriores ao afirmar “é um bom- dia, boa tarde, tchau. [...] há um certo distanciamento. Não posto por mim.”

O posicionamento de G1E2 reflete indiferença em relação à coordenação do serviço, atitude não mencionada por nenhum outro trabalhador. Pode refletir “ruídos” existentes na relação, cuja justificativa não foi possível desvelar no decorrer da coleta de dados.

Contudo, até onde pude perceber, inclusive durante a observação de campo, esse distanciamento supostamente oriundo da coordenação aparentemente não coaduna com o modelo de gerenciamento que vem sendo operado no cotidiano dos CAPS, aberto ao diálogo, à participação dos trabalhadores.

Eventos nessa direção foram observados no campo. Por exemplo: um dia ao chegar ao CAPS não estava acontecendo atendimento ao usuário naquele horário. Aproximei-me, então, me aproximei de um trabalhador (guarda na portaria) e curiosamente perguntei o que estava acontecendo. Ele me informou: não está havendo atendimento porque os trabalhadores se encontram em reunião de equipe.

As reuniões de equipe ocorrem semanalmente. Mas para se contar com participação de todos não são agendados atendimentos para o mesmo horário. Essas reuniões acontecem em todos os CAPS e permitem aos trabalhadores o encontro e a possibilidade de conhecerem melhor o trabalho uns dos outros, expor suas dúvidas, angústias e insatisfações de modo a coletivizá-las, e ao mesmo tempo, elaborar soluções para as dificuldades encontradas no cotidiano do serviço. Enfim, abre-se um espaço potencialmente favorável à criação de afinidades, amizades, companheirismo, e, acima de tudo, de construção de sujeitos coletivos, de um trabalho compartilhado e coletivo.

Portanto, as reuniões semanais de equipe também configuram espaços propícios à avaliação do serviço e fornecem subsídios para a consolidação de propostas inovadoras no trabalho. Contudo, há de se ponderar que as mudanças na atitude e no modelo assistencial vigente não se dão de forma fácil, pois é necessário a desconstrução em nível cognitivo e subjetivo da prática anterior dos trabalhadores. Isto se torna possível à medida que são abertos espaços para processos de auto-análise, nos quais os trabalhadores interrogam suas práticas, colocando em questão seu tradicional modo de agir em relação à gestão e à produção do cuidado (MERHY; FRANCO, 2005).

Considero, embasado nas observações e nas falas dos entrevistados, que esse processo vem sendo desenvolvido, de alguma forma, em todos os CAPS onde se desenvolveu esse estudo.

[...] a gente tem abertura pra reclamar e ele tem abertura pra reclamar para gente, tem abertura pra conversar, então é muito boa. (G1E3)

[...] eu sempre tive abertura, pra expor minhas opiniões, sempre tive abertura nesse sentido, trazer as minhas idéias, meus questionamentos, meus grupos... nunca tive problema com coordenador não. (G1E7)

[...] as rodas, favorecem esse encontro semanal, que é um espaço de avaliação dos serviços em que se desconstroem e reconstroem os modelos de atendimento e a resolução das demandas internas. [...] estamos conseguindo através de nossas rodas estão rediscutindo e ressignificando os espaços existentes. [...] as rodas também promovem essa socialização, estão coletivizando a questão do sofrimento da equipe, tem situações que você está impotente para resolver naquele determinado momento. (G1E12)

Consoante a observação e o discurso de G1E12, torna-se evidente que nos CAPS vêm sendo implantados e ou implementados, na última gestão municipal, mecanismos de co-

gestão em conformidade ao proposto por Campos (2007a). Inclusive, a coordenação municipal de saúde mental não está centrada na figura de um coordenador, mas em um colegiado.

Segundo Campos (2007a), a criação de espaços de co-gestão nos serviços de saúde permite a democratização das relações de trabalho, bem como a construção de sujeitos coletivos à medida que permite aos trabalhadores construir coletivamente os processos de trabalho. Estas iniciativas os tornam co-responsáveis tanto pela produção do cuidado como pela gestão dos serviços e processos de trabalho, condição necessária à realização pessoal e no trabalho.

Ademais, significa humanizar o ambiente de trabalho para quem produz os atos de cuidar, atendendo também às diretrizes da PNH, a qual parte de conceitos e dispositivos voltados à reorganização dos processos de trabalho em saúde, propondo modificações tanto no eixo da atenção: nas formas de produzir e prestar serviços à população, quanto no eixo da gestão: nas relações sociais nas quais estão envolvidos trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana de organizar e conduzir serviços de saúde. Aposta na indissociabilidade entre a atenção e a gestão, propondo para a segunda a valorização e crescimento dos trabalhadores mediante a implementação de instâncias participativas de decisão e a capacitação permanente dos trabalhadores (SANTOS-FILHO, 2007).

Não obstante, é preciso considerar que além dessas formas de organizar o trabalho ora instituintes, já existiam no interior das instituições outras formas instituídas, as quais os trabalhadores já haviam, de alguma forma, se conformado, o que gera tensões entre o instituinte e o instituído. Isto reforça a percepção apresentada por Merhy (2007a:165) ao afirmar:

O mundo das próprias organizações de saúde forma-se como território tensional em si, pois se constitui espaço de intervenção de sujeitos coletivos inscritos a partir de suas capacidades de se autogovernarem, disputando o caminhar do dia-a-dia com as normas e regras instituídas para o controle organizacional. Esta condição, a de que em qualquer organização produtiva o autogoverno dos trabalhadores é constitutivo de seu cerne, no serviço de saúde, está elevada a muitas potências. Nos serviços de saúde, isso é muito perceptível, a partir do fato de que todos podem exercer os seus trabalhos vivos em atos, conforme seus modos de compreender os interesses em jogo e dar sentido aos seus agires.

Com base nessa premissa é possível compreender os conflitos que permeiam as relações cotidianas entre coordenadores e trabalhadores, bem como visualizar tanto as resistências que subsistem, por parte de alguns, às forças instituintes – inclusive buscando possíveis linhas de fuga como o distanciamento e a indiferença às pessoas e aos processos – como os resquícios de modelos/forças instituídos em que predominavam a verticalização e centralização do poder na gestão de serviços de saúde de organização dos processos de trabalho.

Nesse contexto, o discurso a seguir mostra-se divergente em relação à observação de campo, no tocante à existência de espaços de co-gestão, e às falas das entrevistadas G1E3 e G1E12.

É um pessoal (referindo-se à coordenação) que decide as coisas muito sozinha, [...]. A programação da oficina terapêutica que aconteceu agora, simplesmente a coordenação, é, programou sem a minha participação [...].
(G1E10)

Na verdade, esse discurso é contrário a toda a lógica observada no referido CAPS e à G1E12, que coincidentemente integra a mesma instituição. Considerando que no contexto das relações sociais diversos aspectos podem contribuir, desde os aspectos intrínsecos à pessoa – como características psicológicas, por exemplo, até aspectos interpessoais presentes no cotidiano do trabalho, é possível que o posicionamento dessa trabalhadora se dê em decorrência de uma dificuldade pessoal de estabelecer relacionamentos, ou ainda em decorrência de conflitos entre suas expectativas e o desenho institucional que lhe é apresentado. Em outro momento da entrevista revela: “pra eu me entrosar [...] eu tenho que mudar muito e aceitar coisas que eu não consigo aceitar. [...] isso me atrapalha – a dificuldade de mudar, de entrosamento”. Assim, reconhece suas limitações no relacionado ao estabelecimento das relações interpessoais, bem como de aceitar as mudanças na estrutura organizacional dos serviços. Tal discurso reflete a existência de conflitos nas relações interpessoais no ambiente de trabalho e em relação ao próprio desenho institucional. Confirma-se, assim, concretamente a percepção de Merhy (2007a), apresentada anteriormente.

Ainda a respeito da presença de espaços de co-gestão, aparentemente em processos de construção, a fala de G1E9, trabalhadora de um CAPS diferente do de G1E10, retrata a existência de resquícios dos modelos de gerenciamento pautado na tecnoburocracia,

com centralização do poder de decisão, expresso na verticalização de poder (MERHY, 2007a). No CAPS de G1E9, embora existam reuniões de equipe, nos mesmos moldes dos demais, ela considera que

[...] as coisas não são respeitadas, o que é dito pela equipe não é respeitado. Teve um período que disseram que não ia mais haver reunião de equipe, então não tinha mais nem espaço para os profissionais. Agora tem a reunião, mas eu não acho que o que sai das reuniões seja respeitado, as coisas são feitas impostas de cima pra baixo. Na atual gestão, quando as pessoas vinham aqui diziam: ou você se enquadra ou se você quiser você saia. Então eu não acho que as coisas sejam assim, né? Então eu tô aqui contribuindo com os serviços, trabalhando, me desdobrando e se eu não tiver satisfeita, eu saia. Infelizmente, as coisas andam assim, sabe? Então, o espaço que você tem é muito pouco, você pode até falar alguma coisa, mas não adianta de nada.[...] aquela coisa ninguém vê as necessidades da equipe. (G1 E9)

Este discurso retrata que os espaços para a co-gestão, expressos pelas reuniões de equipe, seriam mera formalidade do serviço. Sendo assim, apresenta-se uma contradição entre o proposto e o operado no cotidiano desse CAPS. Na verdade, conforme a observação permite inferir, nesse serviço, de fato, não houve mudanças significativas, nem do ponto de vista da estrutura física, pois a estrutura encontrada não oferece condições mínimas para a equipe oferecer suas atividades (CAPS B), segundo o descrito na observação; nem do ponto de vista da gestão e organização do serviço, como pode ser apreendido na fala de G1E9.

Mais grave é que a entrevistada descreve uma relação autoritária e ameaçadora quando diz “na atual gestão, quando as pessoas vinham aqui diziam: ou você se enquadra ou se você quiser você saia.” Isso remete aos seguintes questionamentos: que tipo de serviços de saúde mental estão, de fato, sendo construídos e operados na prática, do ponto de vista da gestão da força de trabalho, da organização dos processos de trabalho e da produção do cuidado? Que modelo de gerenciamento verdadeiramente está sendo adotado? Que valor e representatividade tem a “voz do trabalhador” nos processos de gestão colegiada que vem sendo implantados nos CAPS de Fortaleza?

São questões instigantes que poderão constituir objeto de investigação de outro estudo. Não obstante, essa forma de gestão explicitada na fala de G1E9 não representa um modo de “andar” o gerenciamento de serviços de saúde pautado nas políticas de saúde inerentes à gestão de pessoas, adotadas no SUS. Tais políticas primam pela democratização das relações de trabalho, mediante a participação do trabalho na condução gestão dos

serviços, sendo co-responsáveis pela construção de um SUS universal, equânime e aberto à participação popular (BRASIL, 1988; 2002).

Ao contrário, essa forma de gerenciamento, demonstrada na fala de G1E9, deflagra interdição da possibilidade de protagonismo dos trabalhadores. Mais grave que isso, conduz ao trabalho doloroso, traduzido no sofrimento e insatisfação daqueles que passam a executá-lo apenas como forma de garantir a sobrevivência, portanto, privados de meios de prover suas necessidades subjetivas de realização pessoal e profissional.

Contudo, ao finalizar essa reflexão acerca das relações entre trabalhadores e coordenadores dos CAPS, ressalto que apesar de relatos dessa natureza, a maior parte dos trabalhadores se diz satisfeita com as relações estabelecidas nesse âmbito.

Ao iniciar o segundo momento dessa análise, reporto-me às relações dos trabalhadores entre si. Preliminarmente, parto de entendimento de que o trabalho em equipe não deve eliminar o caráter particular de cada trabalhador ou de cada profissão. Assim, a co-gestão – já discutida – é um modo de articulá-los em um campo que assegure um trabalho com qualidade em prol do atendimento às necessidades de saúde da população (CAMPOS, 2003).

Segundo Peduzzi e Palma (2000), o trabalho em saúde desenvolvido mediante a atuação de equipes multiprofissionais vem sendo enfatizado no Brasil desde a década de 1970, período fortemente marcado pela grande expansão do mercado de trabalho na área da saúde, em virtude das necessidades de ampliação da cobertura assistencial. Essa expansão, inicialmente, foi realizada por meio da atenção primária à saúde e pelo intenso processo de crescimento da rede médico-hospitalar privada, inclusive a psiquiátrica, financiada pelo poder público.

No campo da saúde mental brasileira até esse período o território das práticas resumia-se principalmente aos hospitais psiquiátricos¹ e ao trabalho exercido basicamente por psiquiatras e enfermeiros (ROCHA, 2005).

Com a expansão da rede de atenção em saúde mental, por meio da implantação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, impulsionada pela Reforma Psiquiátrica, ocorreu também a extensão da equipe de trabalho com a inserção de novas categorias profissionais (terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, entre outros), de forma a torná-la multiprofissional.

¹ os outros territórios de atenção psiquiátrica até final da década de 1970 eram as clínicas particulares.

Assim, conforme asseguram Peduzzi e Palma (2000), as mudanças na composição da equipe de saúde não dizem respeito somente à inserção de novos trabalhadores ou aos dados quantitativos dessa incorporação. Mas tratam, sobretudo, das alterações nos processos de trabalho, decorrentes das transformações operadas nos modos de organização dos serviços.

Nesse contexto, o trabalho em equipe tem sido proposto como estratégia de enfrentamento do intenso processo de especialização do trabalho em saúde – que se seu desde a década de 1960 (PEDUZZI, 2001), tendo em vista a construção de uma prática interdisciplinar, no interior dos serviços de saúde, com o objetivo de atender em quantidade e qualidade e de forma equânime às demandas por ações de saúde da população (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Portanto, a equipe de saúde configura-se como um território social no qual estão presentes diferentes atores com diversos saberes e instrumentos de trabalho que conformam suas especificidades, onde apesar do conjunto com tendências a apresentar um objetivo comum, as partes, em virtude de comportar objetos de intervenção específicos, poderão expor divergências particulares dificultando a construção interdisciplinar do trabalho. Por conseguinte, fragmentando a atenção à saúde dos usuários.

Retornando ao contexto das relações existentes na equipe de saúde dos CAPS, segundo percebi, muitas daquelas formas estabelecidas com os coordenadores se repetem e/ou se reproduzem nas relações dos trabalhadores entre si. Nessa direção, G1E9, G2E3, G2E5 e G2E4, referem em seus discursos que a relação é boa. Aqui, elas reproduzem a lógica de relação baseada na amizade, no companheirismo, já discutida quando tratei das relações com os gestores.

Os discursos, a seguir, são complementares ao retratarem a articulação entre os diversos membros da equipe com o objetivo de prestar um atendimento integral ao usuário.

Eu consigo é me relacionar bem com cada um deles e conseguir o que eu posso, principalmente quando eu tô no acolhimento, eu vou na assistente social resolver meu problema, eu entro na sala do médico, discute aquele acolhimento com ele. (G1E2)

É uma equipe onde a gente consegue interagir, trabalhar de forma interdisciplinar, a gente se ajuda muito em função, a gente se ocupa muito com aquelas pessoas que vêm, sabe. [...] Mas a gente tá em parcerias com os outros profissionais, principalmente com o serviço social. (G1E4)

[...] geralmente a equipe inteira tá sensibilizada, tá se envolvendo com o que tá acontecendo.. então acho que é isso. (G1E6)

Além da amizade, as falas revelam uma perspectiva de construção coletiva (em equipe) do trabalho nos CAPS, a partir da atuação dessas entrevistadas, expressa quando afirmam interagirem, recorrerem aos colegas, sobretudo quando estão diante de demandas dos usuários cuja resolução requer ações as quais ultrapassam a esfera de atuação técnica de sua profissão. Essa postura demonstra a existência de cooperação mútua entre esses trabalhadores e de compromisso com a defesa da vida à medida que procuram ter uma compreensão integral do ser humano em sofrimento psíquico buscando atendê-lo interdisciplinarmente ao recorrer, no mesmo atendimento, à ajuda de outros trabalhadores, conforme mostra G1E2.

Nesse sentido, Assis (2007) considera que uma atenção integral ao indivíduo é concretizada somente mediante a atuação interdisciplinar porque a mudança nas maneiras de intervir decorre de um trabalho criativo e comprometido com as pessoas, as instituições e a sociedade.

Quanto ao trabalho em equipes de saúde, Peduzzi (2001) atribui à equipe que atua numa perspectiva interdisciplinar a terminologia equipe integração, a qual, de certa forma, se fez presente nos discursos dos trabalhadores. Segundo a autora, nessa modalidade de equipe as principais características são: a articulação das ações e a interação entre seus membros. Para tal é necessária a presença dos seguintes parâmetros: comunicação intrínseca ao trabalho, projeto assistencial comum, diferenças técnicas entre trabalhos realizados, argüição da desigualdade dos trabalhos especializados, flexibilidade da divisão do trabalho e autonomia técnica de caráter interdependente.

Quando os trabalhadores não se conformam nesse desenho de equipe, segundo Peduzzi (2001), tem-se a equipe agrupamento, caracterizada pela justaposição de tarefas e agrupamento (sem interação satisfatória) dos seus membros. Nela os principais parâmetros são: comunicação externa ao trabalho, comunicação estritamente pessoal, diferenças técnicas entre trabalhos especializados, especificidades dos trabalhos especializados, autonomia técnica plena e ausência de autonomia técnica (para alguns membros).

Assim, como os discursos demonstram, estes trabalhadores estão se articulando nas equipes de modo a conformá-las como equipes integração, com o processo de trabalho pautado na interdisciplinaridade. Tal construção tem promovido a satisfação no (e com) o

trabalho naqueles cuja conduta está direcionada a firmar essa modalidade de equipe, conforme evidenciam os discursos a seguir.

[...]em relação a minha equipe de trabalho, eu to bem satisfeita. **(G1E2)**

A equipe na qual eu trabalho é uma equipe maravilhosa. Então a satisfação de trabalhar com a equipe é muito grande, tá. **(G1E4)**

[...] com os meus colegas do CAPS é ótima, (falando da relação com a equipe). [...] eu me dou muito bem com todo mundo e acho que isso é importante para que se tenha satisfação no trabalho. **(G1E9)**

Emergiram, porém, divergências nos discursos das entrevistados no referente às relações com a equipe de trabalho. Desse modo, outra parcela de entrevistadas aponta para a existência de conflitos no interior das equipes.

[...] eu tenho boas relações com todas as pessoas. [...] a equipe às vezes não comunga com os mesmos objetivos. [...] gera indisposições às vezes que você tem com colegas. **(G1E8)**

Apesar das boas relações, do ponto de vista pessoal, que G1E8 consegue estabelecer, sua fala revela a existência de conflitos em relação à dificuldade de congregar todos os membros da equipe em torno de determinados objetivos, devido às discordâncias pessoais não superadas com vistas ao consenso. Provavelmente, isso pode conduzir a fragmentação das ações no interior do processo de trabalho à medida que alguns trabalhadores podem eventualmente se recusar a operar determinadas tarefas em virtude da sua oposição ao objetivo proposto.

[...] eu acho que falta integração, falta comunicação, falta integração, né? às vezes tem alguns atritos, em todos os aspectos.... as pessoas de nível superior como as demais também. **(G1E7)**

O trabalho no CAPS é pra ter integração, não desintegração, não desconstrução. [...] Eu sempre precisei de outros profissionais pra me ajudar e nunca tem. Cada um faz o seu grupo. **(G1E10)**

Assim, os outros profissionais não cooperam muito com o que você quer fazer. Às vezes você quer fazer uma coisa, mas outros sempre atrapalham. Eu gostaria de fazer alguma coisa por eles – pelos pacientes... Um grupo, alguma coisa e a colega dizem: ah!! Deixa pra lá, vamos fazer não. **(G2E6)**

As falas exemplificam os processos relacionais estabelecidos no interior das equipes os quais estão presentes em todos os CAPS pesquisados. Com efeito, as falas retratam

que os conflitos, interpessoais e com os objetivos propostos para a organização dos serviços, concorrem para a falta de integração das equipes e, conseqüentemente, para a descontinuidade/fragmentação do processo de trabalho a ser desenvolvido. Mais que isso, configuram-se como obstáculo à consolidação da interdisciplinaridade. Como G1E6 reconhece: “a gente precisa discutir mais casos sabe, acho que a equipe multidisciplinar ela precisa tá mais coesa”.

Assim, parece que alguns trabalhadores não transcenderam na perspectiva de um trabalho em equipe interdisciplinar ou integração. Permanecem, portanto, arraigados a um trabalho meramente multidisciplinar ou, dito de outra forma, numa modalidade de equipe agrupamento, não obstante os esforços dos serviços em promover articulações entre os diferentes membros dessas equipes. Tal situação contribui, por um lado, para a justaposição de tarefas e até mesmo sobrecarga de trabalho em alguns trabalhadores. Coaduna-se com essa afirmação o discurso de G2E6, ao dizer: “eu sou sobrecarregada, [...] os outros profissionais não cooperam muito com o que você quer fazer.” Por outro, uma possível redução da capacidade resolutiva dos serviços, conforme retratado nos discursos a seguir.

[...] nós somos profissionais de saúde que estamos aqui pra tratar o paciente com transtorno mental. [...]. (mas) você não vê essa coisa acontece. Os pacientes que podiam estar em controle não estão. Estão voltando para hospital psiquiátrico. (G1E10)

[...] acho que não existe uma filosofia de desospitalização, de desinstitucionalização dos pacientes. Os CAPS acabam sendo porta de entrada para os hospitais psiquiátricos e isso é muito complicado, [...] ele (referindo-se aos demais profissionais da equipe) acaba achando que é normal mandar o paciente que chega em crise [...] para a internação psiquiátrica [...] (G1E9)

Assim, as falas demonstram claramente situações que implicam o comprometimento da qualidade dos serviços, do ponto de vista dos resultados esperados.

Ademais, tais formas de relacionamento dentro da equipe e até mesmo de configuração dos serviços como conseqüência destas relações têm germinado insatisfações nesses trabalhadores, conforme relataram G1E9, G1E10, e G2E6, entre outros. Mais que isso, têm se constituído em causa de sofrimento dentro do processo de trabalho.

Passo agora ao terceiro momento no qual procuro tratar das relações entre os trabalhadores dos CAPS e os usuários deste serviço. Para discutir essas relações, consoante Franco, Bueno e Merhy (1999; 2006), parto do seguinte princípio: nos processos de trabalho em saúde, ao nos aproximarmos dos momentos relacionais que o permeiam, sempre que

houver um processo relacional entre usuário e trabalhador, haverá aí um conjunto de ações clínicas – entendidas como o encontro entre as necessidades de saúde dos usuários e os processos de intervenção tecnologicamente orientados, os quais têm por objetivo operar sobre o campo das necessidades presentes no encontro, na busca de fins capazes de promover a manutenção e/ou recuperação de um certo modo de andar a vida.

Nesses encontros são construídos espaços intercessores (MERHY, 2006a; 2007b) nos quais a dimensão tecnológica do trabalho em saúde comporta as ações clinicamente evidentes sustentadas nas tecnologias das relações – conformadas no campo das tecnologias leves (MERHY, 2002; 2006a; 2007a; MERHY *et al.*, 2006).

Assim, nos CAPS em estudo, como observado, esses encontros são operados pautados na perspectiva do acolhimento, inclusive com a realização dos chamados grupos de acolhimento para aqueles usuários que estão chegando ao serviço. Tais grupos são desenvolvidos por todos os trabalhadores, exceto o médico, que a exemplo do processo implantado em Betim (MG), fica na retaguarda do processo (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; 2006).

O acolhimento pode ser concebido como um conjunto de ações comunicacionais, atos de receber e ouvir a população, dar respostas adequadas a cada demanda em todo o percurso do usuário pelo serviço de saúde, desde a recepção e o atendimento individual ou coletivo, até o encaminhamento externo, retorno ou alta (SANTOS; ASSIS; RODRIGUES *et al.*, 2007).

De acordo com as entrevistas, todos os trabalhadores reconheceram que as relações estabelecidas entre esse grupo de atores são boas. Por conseguinte, vários discursos convergem para práticas de acolhimento nos CAPS, o qual se dá de forma processual no interior dos processos de trabalho, a exemplo das falas a seguir.

Também são boas, as relações que a gente tem. [...] a gente conversa, a gente entra no entendimento e sai tudo bem. (G1E1)

[...] eu noto às vezes que ele precisa da conversa, sabe, do papo, de sentar e conversar um pouquinho. Às vezes ele chega revoltado, mas não sai revoltado não. É uma relação construída no diálogo, na orientação e de uma forma suave, muito suave. (G1E2)

A gente tem que compreender a situação de saúde, os problemas deles, né? E eu me identifico bem. É tanto que eles me procuram muito aqui, me procuram, pedem informação. Eu procuro ser amável, carinhosa [...].(G2E7)

Minha relação com eles (referindo-se aos usuários) também é boa, porque sempre quando chega um paciente novo aqui no grupo eu faço o acolhimento desse paciente, a gente faz a dinâmica de apresentação pra que

ele se sinta já numa dinâmica de socialização que sempre é feita pra que ele entre no processo terapêutico. (G1E11)

[...] a minha relação com os usuários, eu considero uma relação extremamente positiva porque eu estou exercendo o meu papel como assistente social, atendo meus pacientes e tenho tentado escutar, considerar a fala do sujeito. (G1E12)

É de forma progressiva, há um primeiro contato a gente procura justamente, assim, é escutar, saber da necessidade que aquela pessoa tem. A gente procura ver o que é que o serviço tem a oferecer. Se aquela pessoa tem o perfil aqui pro serviço, enfim, né. Se não tem, a gente procura também encaminhar [...] ninguém solta, a gente procura fazer o encaminhamento correto. E se é uma pessoa que tem perfil pro serviço, a gente procura acolher, saber da necessidade daquela pessoa e agente faz os encaminhamentos internos, onde a pessoa é bem acolhida, recebe os atendimento que está necessitando. Se, por acaso, a pessoa falta ao atendimento, a gente liga pra casa dela para saber por que não veio, porque a gente se preocupa, se preocupa em saber por que ela não veio, em saber o que aconteceu. (G1E4)

Os discursos, consoante as observações de campo, revelam a existência de práticas de acolhimento, expressas na escuta, no diálogo, na inserção nos grupos terapêuticos, tendo em vista o atendimento às necessidades de saúde dos usuários. Mais que isso, o respeito ao usuário como sujeito do (e no) processo segundo afirma G1E12. Isso significa, construir um modelo de atenção usuário-centrado, portanto, mais comprometido com a defesa da vida individual e coletiva (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Assim, conforme analisam Santos, Assis, Rodrigues *et al.* (2007), adotar o acolhimento como modo de operar as práticas de saúde implica articulá-lo aos modelos de atenção à saúde que investem na qualidade dos serviços, tomando a responsabilização como produto e produtor de dispositivos, pois aquele que co-participa ativamente dos problemas de saúde das pessoas, escutando e dialogando, estabelece coeficientes de responsabilidade em sentido duplo, cuida – faz clínica – e, inexoravelmente, estabelece acolhimento e vice-versa.

A convergência dos discursos, ao abordar como se processam os relacionamentos entre trabalhadores e usuários nos CAPS, também acaba por descrever as formas como desenvolvem os processos de trabalho, principalmente no discurso de G1E4.

Nessa perspectiva, Merhy (2006a), em face das discussões existentes na área da saúde e dos projetos de intervenção dos diversos grupos sociais interessados nesta área, defende a necessidade de mudanças no modo de trabalhar em saúde, em todos os seus níveis de organização, não se devendo deixar de analisar a dimensão macropolítica e sua implicação nos serviços. Contudo, o autor prima pela análise da dimensão micropolítica presente nos

processos de trabalho em saúde e seus desdobramentos, no intuito de encontrar ferramentas analisadoras que permitam tratar com propriedade das intenções de mudanças inerentes à área da saúde. Com esta finalidade, elaborou um instrumento de análise, intitulado ferramentas analisadoras, constituído por um *fluxograma descritor*. Este, do ponto de vista do autor, dá conta de representar graficamente o que ocorre no processo de trabalho, desenvolvido em qualquer serviço de saúde onde o usuário seja o centro do projeto terapêutico. O fluxograma é mostrado na figura 2, e a partir da sua descrição permite a percepção dos aspectos micropolíticos da organização do trabalho e da produção de serviços de saúde, podendo ser utilizado para a análise dos serviços de saúde mental.

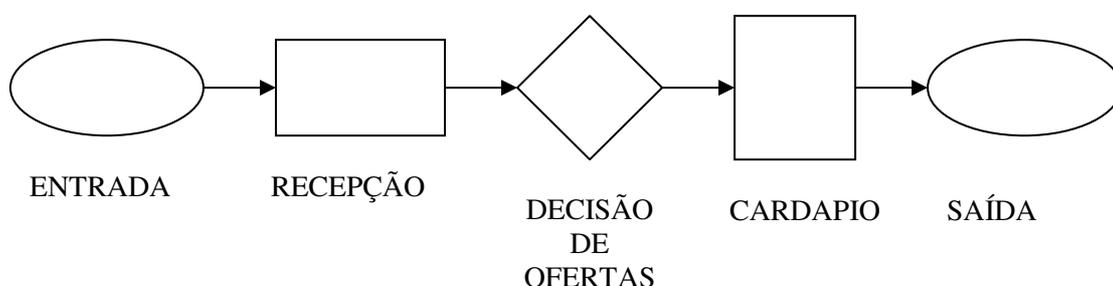


Figura 2. Fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde proposto por Merhy (2006a)

Cada figura geométrica representa, simbolicamente, uma etapa do serviço tendo em vista o “percurso” que se desenhará para o usuário dentro e até mesmo fora deste serviço. Desta forma, a elipse representa a entrada e a saída dos serviços; o retângulo, os momentos nos quais se realizam etapas importantes do trabalho na cadeia produtiva, nas quais se operam o consumo de recursos e a produção de produtos bem definidos (o primeiro retângulo simboliza o primeiro contato do usuário com o serviço; o segundo, o que ocorre no interior do serviço, no contato com os trabalhadores); o losango representa o momento em que, na cadeia produtiva, enfrenta-se um processo de decisão de caminhos, possibilitando a definição do percurso a seguir na etapa seguinte dentro ou até mesmo fora do serviço.

Na tentativa de descrever o processo de trabalho nos CAPS com base no fluxograma apresentado, tomo como base o discurso de G1E4 e algumas observações do campo empírico.

Assim, a primeira elipse representa o acesso, a entrada dos usuários ao CAPS, o qual se articula com o princípio da universalidade do SUS. No entanto, em virtude de diversos aspectos que não cabe aqui aprofundar a discussão a respeito deles, muitos usuários não conseguem chegar ao serviço ou desistem na entrada.

Os usuários que “rompem possíveis barreiras do acesso” e conseguem entrar. Deparam-se na recepção com trabalhadores, em situações semelhantes às encontradas por Santos, Assis, Rodrigues *et al.* (2007): conduzidas por critérios administrativos e não técnicos, permeados por burocracia, inclusive com agendamentos para um grupo de acolhimento que acontecerá na semana seguinte. Ou ainda para uma consulta que, na maioria das vezes é marcada para dois ou três meses depois ou até mais, conforme presenciei, e foi apontado por G1E12 ao afirmar “o aprazamento estava dificultando o acesso. Tínhamos aprazamento de oito meses. Com esse novo trabalho [...] houve redução do tempo de aprazamento” (referindo-se principalmente ao agendamento para consulta médica). Tal situação significa, de certa forma, cercear o direito à saúde garantido constitucionalmente, quando se priva o cidadão do atendimento diante de um problema de saúde.

Quando o usuário “consegue ultrapassar a recepção”, ele vai participar do grupo de acolhimento no qual é orientado sobre o serviço e posteriormente avaliado individualmente. Desse modo, ele já está diante da decisão de ofertas, e então será decidido se ele ficará ou não no serviço. A decisão pela permanência no serviço fica a cargo do trabalhador responsável pelo realiza o acolhimento, o qual elege como critério para tal “o perfil aqui pro serviço”.

Caso seja concluído que o usuário não tem esse perfil atendido pelo serviço, ele será encaminhado para outro serviço onde possa encontrar resposta para seu problema de saúde. Conforme pude presenciar muitas vezes, é feito, inclusive, um contato telefônico com o serviço de referência antes de encaminhá-lo, no sentido de garantir o atendimento, uma vez que o usuário já está dentro do sistema de saúde.

Do contrário, se decidido pelo atendimento ao usuário no serviço, ele estará agora diante do cardápio. Assim, será definido seu projeto terapêutico e agendado retorno - quando necessário, até definir sua alta- saída do serviço.

Pelo fluxograma é possível perceber o seguinte: para os serviços darem conta de atender às necessidades de saúde demandadas, ou seja, para que eles sejam resolutivos, torna-se premente a construção de linhas de cuidado e sua operacionalização de forma que possam

ser articuladas em redes sociais intra e intersetoriais, tendo em vista a garantia da assistência para aqueles que precisam de ações cuja execução extrapola o espaço interno do serviço.

O acolhimento associado ao tempo que o usuário permanece no serviço são capazes de contribuir para a consolidação da relação trabalhador-usuário, fazendo germinar vínculo entre eles e entre usuário e o próprio serviço. Nesse sentido, criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras que a partir delas os trabalhadores se tornam sensíveis ao sofrimento do outro, da população. Significa permitir a constituição de um processo de transferência entre o trabalhador e o usuário que possa servir para a construção da autonomia do próprio usuário (MERHY, 2006b).

Assim, enquanto o usuário permanece inserido no serviço, participando de um projeto terapêutico, torna-se fundamental respeitá-lo em suas necessidades e opiniões, portanto, considerado sujeito no processo relacional e terapêutico. Isso, de certa forma, tem sido considerado por alguns trabalhadores, conforme demonstra o discurso.

[..] tenho tentado escutar, considerar a fala do sujeito. É ele que vai me levantar quais são as suas necessidades, as suas prioridades; é muito importante que esteja referenciando o desejo dele e também a gente tá trabalhando na perspectiva da construção de cidadania, não só do ponto de vista terapêutico em si como também na questão política de um serviço que dê essa condição dele se colocar como sujeito nesse processo. **(G1E12)**

Na relação trabalhador de saúde – usuário, considerar este como sujeito no processo significa atribuir-lhe um coeficiente de autonomia. Significa torná-lo co-responsável por seu projeto terapêutico.

Ao mesmo tempo, o vínculo estreita-se com o acolhimento ampliando os processos relacionais, desenvolvendo afetos e potencializando o processo terapêutico. Nesta direção deflagra-se a co-responsabilização, ou seja, a capacidade de perceber as singularidades e de investir na capacidade individual e coletiva e fazer escolhas (autonomia).

O vínculo e a co-responsabilização frente aos desafios apresentados pela demanda de saúde dos usuários conduz à incorporação do ato terapêutico, da valorização do outro, a preocupação com o cuidado, o respeito à visão de mundo de cada um. Conduz, portanto, a uma relação mútua de responsabilidade entre trabalhador de saúde e usuário.

Nesse sentido, alguns discursos, a exemplo do mostrado a seguir, mostram o sentimento de responsabilização do trabalhador para com o usuário.

[...] na questão da relação com os pacientes, com os usuários eu me sinto muito responsável por eles, sinto que a gente estabelece vínculos, né, me sinto bem. **(G1E3)**

Tal processo relacional é fundamental para o sucesso do projeto terapêutico. Além disso, constitui importante elemento de humanização da atenção à saúde. Representa, ainda, importante indicador de qualidade da atenção prestada nos estabelecimentos de saúde.

Não obstante, Marazina (198?) e Merhy (2007c), a partir de suas experiências em supervisões institucionais em serviços de saúde mental, recomendam tomar cuidado para que, diante de uma população sofrida, fragilizada e marginalizada como a que comumente frequenta esses serviços, os trabalhadores não se sensibilizem a ponto de assumir totalmente os problemas dos usuários, usurpando destes a possibilidade de se tornarem autônomos, independentes e responsáveis pela condução de suas vidas. Pois, sobretudo, quando os serviços não propiciam condições para resolução desses problemas por parte dos trabalhadores, isso conduz ao sentimento de impotência, desânimo. Por conseguinte, pode tornar-se causa de sofrimento psíquico para esses trabalhadores.

Os processos relacionais desenvolvidos entre trabalhadores e usuários participantes desse estudo se mostraram permeados de compromisso com a qualidade do trabalho executado e, conseqüentemente, com a defesa da vida. Não obstante, foram referidos por todos os trabalhadores como causa de satisfação. Os discursos a seguir ilustram bem essa percepção.

Olha só, eu considero a minha relação com os usuários o único motivo pra eu estar aqui. É o meu motivo maior de satisfação. **(G1E6)**

Pra mim, o que tem de melhor aqui dentro, pra mim, são os pacientes, eu sempre viso o estado deles, faço tudo o que é possível. O meu relacionamento com eles é muito bom, excelente. **(G1E7)**

Eu nunca tive nenhum atrito com os usuários. De uma maneira geral, eu me dou muito bem. Isso é um fator de muita satisfação. **(G1E8)**

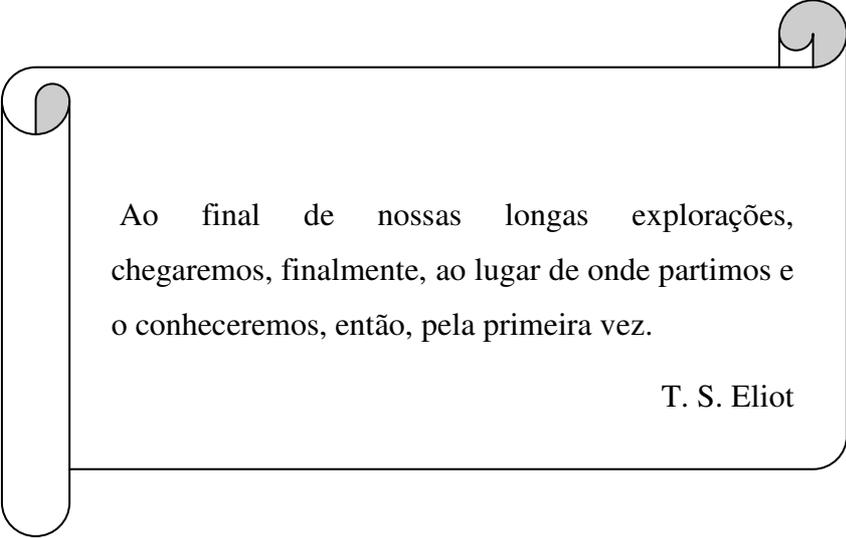
É uma relação que eu aprendo com eles e eles aprendem comigo [...]. Isso me dá satisfação. **(G1E11)**

[...] Com os usuários também a minha relação tá bem satisfatória, né. Eu tô satisfeita com eles. **(G2E2)**

Após essas discussões, finalizando essa etapa do trabalho. Ao fazê-lo, ressaltou que a satisfação dos trabalhadores de saúde mental dos CAPS de Fortaleza demonstrou-se fortemente determinada pelas relações estabelecidas no ambiente de trabalho. Nesse sentido, as tecnologias leves, ao permearem todo o contexto do processo de trabalho, revelaram-se articuladas e ao mesmo tempo a principal causa de satisfação.

Capítulo 5

Considerações Finais



Ao final de nossas longas explorações, chegaremos, finalmente, ao lugar de onde partimos e o conheceremos, então, pela primeira vez.

T. S. Eliot

Este estudo buscou analisar as concepções dos trabalhadores de saúde mental acerca de satisfação e/ou insatisfação no trabalho, além de identificar as (in) satisfações presentes nos seus cotidianos de trabalho, articulando-as com o trabalho e a produção de subjetividades, particularmente no campo relacional das tecnologias leves.

No intuito de sistematizar os principais resultados obtidos no decorrer do estudo, procuro apresentar uma síntese dos aspectos mais relevantes, considerando os objetivos propostos e os pressupostos teóricos adotados.

Os resultados revelam a realidade concreta do cotidiano dos trabalhadores de saúde nos Centros de Atenção Psicossocial de Fortaleza, por meio dos discursos destes, quando falam da sua (in)satisfação no trabalho articulando-a aos determinantes psicossociais do trabalho, os quais permeiam o ambiente e os processos de trabalho.

A satisfação no trabalho tem múltiplos conceitos, a depender do referencial teórico-metodológico adotado pelo pesquisador. No estudo ora desenvolvido, foi adotado o entendimento de satisfação como uma produção subjetiva elaborada a partir da (e na) realidade concreta experienciada no contexto do ambiente de trabalho, considerando os aspectos objetivos – condições de trabalho e subjetivos – percebidos/sentidos nas relações sociais que permeiam esse ambiente. Portanto, é atravessada pela percepção e avaliação que se faz experiência de trabalho, mediante metas e valores pessoais perante a vida.

Com base nessa prerrogativa, procurei desvelar os sentidos e significados emitidos pelos trabalhadores pesquisados acerca da satisfação no trabalho. Nessa perspectiva, os trabalhadores atribuíram-lhe vários sentidos e significados. De certa forma, isso refletiu a polissemia existente em torno da temática em estudo. Entre esses sentidos e significados atribuídos, emergiu a satisfação como prazer no trabalho; como realização profissional; como compreensão acerca do trabalho desempenhado; e como a possibilidade que se tem de atender às necessidades de saúde da população.

Esses sentidos atribuídos encontram-se inscritos nos conceitos encontrados na literatura, embora, muitas vezes, nos discursos dos trabalhadores eles aparecem muito mais como condição para se ter satisfação no trabalho.

Não obstante, detectei por meio dos discursos que a satisfação dos trabalhadores de saúde mental está atravessada por vários aspectos do ambiente e dos processos de trabalho - alguns intrínsecos e outros extrínsecos, a esse cenário. Assim, os aspectos relacionados à

qualidade dos serviços, embora não constituíssem objeto específico desta investigação, foram referidos pelos trabalhadores como causa de (in)satisfação, demonstrando a estreita relação em ambas, inclusive refletindo a configuração da satisfação no trabalho como indicador da qualidade, conforme defendido por diversos autores, entre eles Pitta, Silva Filho, Campos *et al.* (1995).

Ao mesmo tempo, o campo relacional, conformado no território das tecnologias leves, permeado por intensa produção sub e intersubjetiva, o qual, ao mesmo tempo, atravessa e é atravessado pelos processos de trabalho, configurou-se como elemento determinante de satisfação nos trabalhadores. Conforme desvelado, emergiu como principal condicionante da satisfação no trabalho. Demonstrando uma articulação entre os dispositivos constituintes das tecnologias leves (acolhimento, vínculo, responsabilização, entre outros) e a satisfação, evidenciada por meio dos discursos, quando os trabalhadores falavam de suas relações no ambiente de trabalho.

No transcorrer do estudo os trabalhadores referiram tanto satisfação como insatisfação. Assim, embora poucos, foram encontrados trabalhadores que se diziam satisfeitos em todas os aspectos do trabalho; outros se disseram totalmente insatisfeitos; e outros satisfeitos em relação a alguns aspectos e insatisfeitos em relação a outros.

Segundo percebi, alguns determinantes da satisfação referidos pelos trabalhadores constituíam-se causa de satisfação para uns e, ao mesmo tempo de insatisfação para outros. Desse modo, fica evidente que a mesma categoria de eventos é responsável tanto por satisfação como por insatisfação, a depender de como eles se apresentam e são avaliados pelo trabalhador (MARTINEZ, 2002).

Conforme mencionei, entre os aspectos que contribuem para a satisfação dos trabalhadores dos CAPS de Fortaleza, estão: distância do trabalho (para alguns); a possibilidade de engendrar novos projetos (para poucos); os resultados do trabalho; e, principalmente, o território das relações, no qual está a teia dos relacionamentos estabelecidos entre trabalhadores e coordenadores, dos trabalhadores entre si e destes com os usuários.

Contudo, no âmbito das relações entre trabalhadores e usuários, os participantes foram unânimes em reconhecê-las como principal causa de satisfação deles no trabalho.

Quanto aos aspectos que contribuem para a insatisfação, os salários e as instalações físicas se constituíram as principais causas, referidas por todos os participantes. Além destes, foram eleitas também como causas de insatisfação: a distância do trabalho (para

poucos); as relações com a coordenação e com os colegas de trabalho (para uma pequena parcela); as dissonâncias entre a proposta e a operacionalização do trabalho nos CAPS; e, por fim, a forma como está sendo conduzida a gestão da força e dos processos de trabalho (para uma minoria).

Tais achados se deram a partir da análise das falas dos sujeitos, nas quais busquei identificar as convergências, divergências, complementaridades e diferenças.

Apesar das limitações das instalações e da falta de materiais presentes em todos os CAPS, dos baixos salários e flexibilização da inserção nos serviços, dos atritos/ conflitos – existentes nas relações de um pequeno grupo de trabalhadores, foi encontrado um compromisso com a construção de um serviço de qualidade que possa atender às necessidades de saúde da população. Portanto, comprometidos com construção de um modelo de atenção em defesa da vida.

Embora, muitas vezes o campo de atuação dos trabalhadores se torne limitado em decorrência dos problemas apresentados. Sendo que tais problemas implicam na redução da qualidade do serviço no referente a estrutura, processos e resultados (DONABEDIAN, 1992), culminando na limitação de sua resolubilidade e, também, na insatisfação dos trabalhadores.

Retomando os conflitos existentes nas relações, não posso deixar de enfatizar os relacionados à coordenação. Nesse sentido, merecem atenção tanto os de caráter mais pessoal como os de caráter técnico. Assim, é preciso refletir sobre os espaços disponíveis, abertos para os trabalhadores participarem da construção dos serviços, do ponto de vista da sua organização e da produção do cuidado de forma coletiva. Enquanto na realidade concreta alguns trabalhadores referem a não participação nesse processo, outros, embora revelem a existência e a participação em espaços de co-gestão, referem à não efetivação desse processo mediante o desrespeito às propostas dos trabalhadores. Dessa forma, as reuniões de equipe para construção coletiva da organização dos serviços e das práticas seriam mera formalidade. Não há, efetivamente, na opinião desses trabalhadores, espaços de co-gestão.

Tal fato, em associação com as demais causas de insatisfação, têm se configurado como desencadeantes, inclusive, de sofrimento psíquico.

Nessa perspectiva, faz-se necessária a adoção de estratégias que visem a reversão dessas situações, tendo em vista a humanização das condições e das relações de trabalho no intuito de tornar o trabalho fonte de prazer e realização pessoal e profissional, afastando-lhe o

caráter de mero supridor das necessidades de sobrevivência. Contribuindo, em última instância, para a melhoria da qualidade dos serviços.

Reconheço que as ações a serem deflagradas de modo a contemplar essa finalidade extrapolam, na sua maioria, a esfera de competência dos trabalhadores e coordenadores. Configuram-se, essencialmente, como ações a serem desenvolvidas pelos gestores públicos, no âmbito macropolítico.

Entre essas estratégias, conforme já citado por mim juntamente com alguns colegas de pesquisa, em outro momento (JORGE; GUIMARÃES; NOGUEIRA *et al.*, 2007), estão: abertura efetiva de espaços para a implantação e/ou consolidação da co-gestão, alicerçada nas opiniões e/ou decisões dos trabalhadores; respeito aos princípios da Administração Pública no referente à contratação somente por concurso público, garantindo-se os direitos trabalhistas, inclusive com a implantação de um plano de cargos e salários; adoção de uma política concreta e abrangente de educação continuada; reformas dos CAPS no sentido de melhorar-lhes as estruturas físicas; aquisição de materiais e equipamentos necessários à consecução das atividades dos trabalhadores em qualidade e quantidade suficientes.

Não obstante, reconheço a existência de dificuldades para a operacionalização dessas modificações, particularmente no inerente ao financiamento, ao se considerar o cenário político, social e econômico no qual predomina a ideologia neoliberal pressionando para a configuração de um Estado com intervenção mínima, expresso na redução de sua ação nas políticas sociais, nas quais se incluem as políticas públicas de saúde.

Finalizo reconhecendo o alcance de avanços no conhecimento do objeto de estudo. No entanto, no decorrer da sua realização, outras questões relacionadas a ele emergiram, as quais já mencionei anteriormente, mas reafirmo agora no sentido de enfatizá-las, e na expectativa de se tornarem objeto de um novo estudo no campo empírico no qual este foi desenvolvido. Entre esses questionamentos, menciono: que tipo de serviços de saúde mental estão, de fato, sendo construídos e operados na prática, do ponto de vista da gestão da força de trabalho, da organização dos processos de trabalho e da produção do cuidado? Que modelo de gerenciamento verdadeiramente está sendo adotado? Que valor e representatividade têm a “voz do trabalhador” nos processos de gestão colegiada em implantação nos CAPS de Fortaleza?

Enfim, é preciso dizer que a obra, ao chegar a esse constructo, mostra-se inacabada. Apenas fui reconduzido ao ponto de partida, conhecendo-o pela primeira vez. Contudo, repleto de novas incertezas, as quais podem me reconduzir mais uma vez a uma nova aventura (a pesquisa), em busca de novas respostas, novos conhecimentos.

Referências

ABREU, A.G.C. **As subjetividades existentes nos processos de trabalho de um CAPS: a construção imaginária dos atores sociais sobre acesso, acolhimento/vínculo e satisfação.** 137f. Monografia [Graduação em Enfermagem]. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2007.

ALMEIDA, P.F. **O desafio da produção de indicadores para a avaliação de serviços em saúde mental: um estudo de caso do Centro de Atenção Psicossocial Rubens Corrêa-RJ.** 2002. 130f. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública]. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2002.

AMARANTE, P. Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil. In: _____ (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

_____. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

_____. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: Fleury, S. (org.). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES.** São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 163-185.

_____. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: _____ (org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

_____. **Locos por la vida: la trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil.** 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Asoc. Madres de Plaza de Mayo, 2006.

_____. **Saúde mental e Atenção Psicossocial.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

ANDRADE, L.O.M. *et al.* Saúde mental & cidadania: a resposta de Fortaleza, Ceará. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 40, p. 57-71, jun, 2007.

ANDREOLI, S.B. Serviços de saúde mental no Brasil. In: MELLO, M.F.; MELLO, A.A.F.; KOHN, T. (org.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil.** Porto Alegre: Artmed, 2007, p. 85-100.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho.** 1 ed./7 reimpressão. São Paulo: Boitempo, 2005.

ARAÚJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 455-463, mar./abr., 2007.

ASSIS, M.M.A. **A municipalização da saúde: intenção ou realidade? Análise de um a experiência concreta.** Feira de Santana: Universidade estadual de Feira de Santana, 1998.

_____. **(Re)Construção do conhecimento sobre a atenção básica à saúde: sujeitos, saberes, práticas e relações.** 165f. Tese [Professor Titular na área de Gestão Pública]. Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana – BA, 2007.

AULETE, C. **Dicionário Caldas Aulete de língua portuguesa: edição de bolso.** Rio de Janeiro: Lexikon Editora Digital, 2007.

BANDEIRA, M.; PITTA, A.M.F.; MERCIER, C. Escalas da OMS de avaliação da satisfação e da sobrecarga serviços de saúde mental: qualidades psicométricas da versão brasileira. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 48, n. 6, p. 233-244, 1999.

_____. Escalas brasileiras de avaliação da satisfação (SATIS-BR) e da sobrecarga (IMPACTO-BR) da equipe técnica em serviços de saúde mental. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 49, n. 4, p. 105-115, 2000.

BARROS, R.B.; BARROS, M.E.B. Da dor ao prazer no trabalho. In: SANTOS-FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B. **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007.

BARROSO, A.G.C. *et al.* Transtornos mentais: o significado para familiares. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 16, n. 1/2, p.99-108, 2003.

BATISTA, A.A.V. *et al.* Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, n. 1, p.85-91, 2005.

BOURGUIGNON, D.R.; TAVARES, G.R.P.; SANTANA, L.G. *et al.* Recursos humanos em saúde. Reflexões sobre o cotidiano do SUS que temos e as possibilidades do SUS que queremos. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, p. 310-315, set./dez. 2003.

BRANT, L.C.; GOMEZ, C.M. O sofrimento e seus destinos na gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 939-952, out./dez. 2005.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil 1988**. Brasília: Senado federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde: concepção, seleção e lotação das equipes**. Secretaria de Políticas de Saúde: Ministério da Saúde: 2001.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a norma operacional básica de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (NOB/RH-SUS)**. 2. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Portaria GM 336 de 19 de fevereiro de 2002. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental 1990-2004**. 5. ed. ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Lei nº. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental 1990-2004**. 5. ed. ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS nº 189, de 20 de março de 2002 (republicada). In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental 1990-2004**. 5. ed. ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 2002.). In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental 1990-2004**. 5. ed. ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. 3. ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1987.

BRITTO, RC. **A internação psiquiátrica involuntária e a Lei 10.216/01: reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental**. 212f. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública]. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2004.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2006a.

_____. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C.O. (org.). **Inventando a mudança na saúde**. 3ed. São Paulo: Hucitec, 2006b.

_____. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006c.

_____. **Um método para a análise e co-gestão de coletivos**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007a.

_____. Apresentação. In: SANTOS-FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B. **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Ed. Unijui, 2007b.

_____. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 301-306, mar/abr, 2007c.

CARAVAGH, S.J. Job satisfaction of nursing staff working in hospitals. **J Adv Nurs**, 1992, Vol. 17, n. 6, p. 704-711.

CAVAIGNAC, M.D. A subjetividade do trabalhador e a lógica capitalista de exploração do trabalho. In: ARRAIS NETO, E.; OLIVEIRA, E.G.; VASCONCELOS, J.G. (org.) **Mundo do trabalho: debates contemporâneos**. Fortaleza: Editora UFC, 2004.

CEARA. Secretaria Estadual de Saúde. **Listagem dos CAPS e Residências Terapêuticas**. Digitado. Fortaleza: Coordenação de Saúde Mental do Ceará, 2007.

COELHO, I.B. Os impasses do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 309-311, mar./abr. 2007.

D'ANGELO, V.R.L.M. Satisfação no trabalho em tempos de globalização. **Revista UNICSUL**, v. 10, n. 12, p. 93-107, jun. 2005.

DEL CURA, M.L.A.; RODRIGUES, A.R.F. Satisfação do profissional enfermeiro. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v. 7, n. 4, p. 21-28, out. 1999.

DELGADO, P.G.G.; SCHECHTMAN, A.; WEBER, R. *et al.* Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental:

15 anos depois de Caracas. In: MELLO, M.F.; MELLO, A.A.F.; KOHN, T. (org.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 39-84.

DESLANDES, S.F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: BOSI, MLM; MERCADO, FJ. (org.) . **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

FARIAS, L.O.; VAITSMAN, J. Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 5, p. 1229-1241, set./out. 2002.

FERREIRA, E.M.; POSSARI, J.F.; MODERNO, A.M.B. Fatores de satisfação e insatisfação profissional do enfermeiro de centro cirúrgico de um hospital universitário de grande porte. **Revista SOBECC**. 2006. ano 11, n. 2, abr./jun. p. 15-23.

FERREIRA, M.C.; MENDES, A.M. “Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor”: atividade de atendimento ao público e prazer-sofrimento no trabalho. **Estudos de Psicologia**, v. 6, n. 1, p. 93-104, 2001.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n. 18, p. 489-506, set./dez. 2005.

FLEURY, S. A reforma sanitária e o SUS: questões de sustentabilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 307-309, mar./abr. 2007.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Lista dos serviços da rede assistencial de saúde mental de Fortaleza**. Digitado, 2007a.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Microáreas. Disponível em: <http://www.fortaleza.ce.gov.br/sms>. Acessado em 20 out 2007b.

FOUCAULT, M. História da loucura na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva, 1997.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso Betim (MG). In: MERHY, E.E., *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E., *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO,R.; MATTOS, R.A. (org.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação nos espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005. p. 181-193.

FRASER, T.M. **Human stress, work and job satisfaction: a critical approach.** Germany: International Labour Office, 1983.

GAUTHIER, J.H.M., *et al* (org.). **Pesquisa em Enfermagem: novas metodologias aplicadas.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

GERSCHAMAN, S. **A Democracia Inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira.** 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

GIGANTESCO, A.; PICARDI, A.; CHIAIA, E. *et al.* Job satisfaction among mental health professionals in Rome, Italy. **Community Mental Health Journal**, v. 39. n. 4, p. 349-355, Aug. 2003.

GOMES, F.S.; MIGUEZ, M.A.P. Avaliação da satisfação e estresse no trabalho entre funcionários de uma unidade de alimentação e nutrição no Rio de Janeiro. **Ceres: nutrição & saúde**, v. 1, n.1, p. 29 –41, 2003.

GOMEZ C.M.; THEDIM-COSTA, S.M.F. Precarização do trabalho e desproteção social: desafios para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 411-21, 1999.

GONCALVES, A.M.; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 48-55, 2001.

HAPPELL, B.; MARTIN, T.; PINIKAHANA, J. Burnout and job satisfaction: a comparative study of psychiatric nurses from forensic and mainstream mental health service. **International Journal of Mental Health Nursing**, v. 12, p. 39-47, 2003.

HARRIS, R.B. Reviewing nursing stress according to a proposed coping-adaptation framework. **ANS adv Nurs Sci**, v. 11, n. 2, p.12-28, 1989.

INTERNATIONAL LABOUR OFFICE [ILO]. **Psychosocial factors at work: recognition and control.** Report of the joint ILO/WHO Committee on Occupational Health – Ninth Session. Geneva: International Labour Office, 1984.

JORGE, M.S.B. **Saúde Mental no Programa Saúde da Família: ações e impacto na promoção da saúde dos clientes.** Relatório de Pesquisa. Digitado, Fortaleza, 2004.

JORGE, M.S.B.; ALBUQUERQUE, K.M.; PEQUENOO, L.L. *et al.* Concepções dos ACS sobre sua prática no Programa Saúde da Família. **Revista APS – Atenção Primária a Saúde**, v. 10, n. 2, jul./dez. 2007 [no prelo].

JORGE, M.S.B.; CAVALCANTE, C.M.; MORAIS, A..P.P. Avaliação em sistemas de saúde: a literatura em questão. In: JORGE, M.S.B.; OLIVEIRA, R.H.M.; RUIZ, E.M. (org.). **O tecer dos fios do saber no campo da saúde pública: recortes de pesquisas.** Fortaleza: EdUECE, 2005. parte V, p. 384-396.

JORGE, M.S.B.; GUIMARÃES, J.M.X.; MORAIS, A.P.P. *et al.* **Organização dos serviços de saúde mental: qualidade dos serviços, acessibilidade, integralidade e participação dos trabalhadores de saúde mental no controle social.** Relatório de pesquisa. (Digitado), 2007a.

JORGE, M.S.B.; GUIMARÃES, J.M.X.; MORAIS, A.P.P. *et al.* Atenção à saúde mental no Programa Saúde da Família: acolhimento, vínculo e práticas de saúde mental. In: CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Pesquisas para o SUS no Estado do Ceará**: coletânea de artigos. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2007b.

JORGE, M.S.B.; GUIMARÃES, J.M.X.; NOGUEIRA, M.E.F. *et al.* Gestão de recursos humanos nos Centros de Atenção Psicossocial no contexto da Política de Desprecarização do Trabalho no Sistema Único de Saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 417-25, 2007.

JORGE, M.S.B.; GUIMARAES, J.M.X.; VIEIRA, L.B. *et al.* Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família no Ceará: a satisfação do usuário. **Revista Baiana de Saúde Pública**, 2007 [no prelo].

KODA, M.Y. A construção de sentidos sobre o trabalho em um Núcleo de Atenção Psicossocial. In: AMARANTE, P. (org.). **Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU editora, 2003.

KURCGANT, P. **Administração em Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.

LEOPARDI, T.L. **Metodologia da pesquisa em saúde**. 2. ed. rev. e atual. Florianópolis-SC: UFSC-Pós-graduação em Enfermagem, 2002.

LIBÉRIO, M. Avaliação de qualidade de serviços de saúde mental. **Revista Saúde em Foco – Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva**, n. 21, jul. 2001.

LOUGON, M. **Psiquiatria institucional**: do hospício à reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. (Coleção loucura & civilização).

LUDEMIR, A.B. Inserção produtiva, gênero e saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n. 3, p. 647-59, jul./set. 2000.

LUZ, M.T. A história de uma marginalização: a política oficial de saúde mental – ontem, hoje, alternativas e possibilidades. In: AMARANTE, P (org.). **Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

MACHADO, M.H. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na reforma sanitária. In: LIMA, N.T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F.C.; SUARÉZ, J.M. (org.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005: p. 257-284.

MARAZINA, I. Trabalhador da saúde mental: encruzilhada da loucura. In: LANCETI, A et al (org.). **Saúde loucura I**. São Paulo: Hucitec, (198?): p. 69-74.

MARQUES, M.S. A crise do capital segundo Kurz, Postone e Mészáros. In: ARRAIS NETO, E.; OLIVEIRA, E.G.; VASCONCELOS, J.G. (org.) **Mundo do trabalho**: debates contemporâneos. Fortaleza: Editora UFC, 2004.

MARQUEZE, E.C.; MORENO, C.R.C. Satisfação no trabalho – uma breve revisão. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 30, n. 112, p 69-79, 2005.

MARTINEZ, M.C.; PARAGUAY, A.I.B.B. Satisfação e saúde no trabalho – aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. de Psicologia Social do Trabalho**, v. 6, p. 59-78, 2003.

MARTINEZ, M.C. **As relações entre satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador**. 2002. 243f. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública]. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2002.

MARTINEZ, M.C.; PARAGUAY, A.I.B.B.; LATORRONE, M.R.D.O. Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. **Revista de Saúde pública**, v. 38, n. 1, p. 55-61, fev. 2004.

MARTINS, J.T.; ROBAZZI, M.L.C.C. Sentimentos de prazer e sofrimento de docentes na implantação de um currículo. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, v. 27, n. 2, . 284-290, 2006.

MARX, K. **O capital**. Vol. I. 14 ed. São Paulo, Difel, 1994.

MAWARDI, B.H. Satisfactions, dissatisfactions, and causes of stress in medical practice. **JAMA – The journal of the american Medical Association**, v. 241, n. 14, 1979.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MENDES-GONÇALVES, R.B. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E.E. *et al.* Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço , interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, EE; ONOCKO, R. (orgs.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MERHY, E.E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, S. (org.). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2006a.

_____. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de portas abertas para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L.C.O. (org.). **Inventando a mudança na saúde**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2006b.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2007a.

_____. Cuidado com cuidado em saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir manicomial. In: MERHY, E.E.; AMARAL, H. (org.). **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Hucitec, 2007b.

_____. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In.: MERHY, E.E.; AMARAL, H. (org.). **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Hucitec, 2007c.

MERHY, E.E.; Franco, T.B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apostando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. **Saúde em Debate**, v. 27, n 65, p. 316-323, set./dez. 2003.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9ª ed. Revista e aprimorada. São Paulo: HUCITEC, 2006.

MINAYO, M.C.S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: _____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 24 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. cap. I, p. 9-29.

MORETTI, S. **Qualidade de vida no trabalho x auto-realização humana**. [200-]. Disponível em: <http://www.icpg.com.br/artigos/rev03-12.pdf>. Acesso em 22 outubro 2007.

NICOLIELO, J.; BASTOS, J.R.M. Satisfação profissional do cirurgião dentista conforme o tempo de formado. **Revista da Faculdade de Odontologia de Bauru**, v. 10, n. 2, p.69-74, 2002.

OLIVEIRA, A.G.B.; ALESSI, N.P. **Superando o Manicômio? Desafios na construção da Reforma Psiquiátrica**. Cuiabá: EdUFMT, 2005.

OLIVEIRA, F.B. **Construindo saberes e práticas em saúde mental**. João Pessoa: Ed. Universitária/ UFPB, 2002.

ONOCKO-CAMPOS, R.T.; FURTADO, J.P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n.5, mai. 2006.

PAIM, J.S. Modelos de atenção à saúde e vigilância da saúde. In.: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PEDUZZI, M; PALMA, J.J.L. A equipe de saúde. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. (org). **Saúde do adulto: programas e ações na atenção básica**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 234-250.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998.

PITTA, A.M.F. Qualidade de serviços de saúde mental: desafios para a epidemiologia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 45, n. 6, p. 313-321, 1996.

PITTA, A.M.F.; SILVA FILHO, J.F.; CAMPOS, G.W.S. *et al*. Determinantes da qualidade de serviços de saúde mental em municípios brasileiros: estudo da satisfação com os resultados das atividades desenvolvidas por pacientes, familiares e trabalhadores dos serviços. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 44, n. 9, p. 441-452, 1995.

PORTO, L.A.; CARVALHO, F.M.; OLIVEIRA, N.F.; SILVANY NETO, A.M. *et al*. Associação entre distúrbios psíquicos e aspectos psicossociais do trabalho de professores. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 5, p. 818-26, 2006.

REBOUÇAS, D. **Satisfação e impacto do trabalho sobre profissionais de diferentes serviços de saúde mental no complexo Juliano Moreira**. 2005. 110f. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva]. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2005.

REBOUÇAS, D.; LEGAY, L.F.; ABELHA, L. Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviços de saúde mental. **Revista de Saúde pública**, v. 41, n. 2, p. 244-250, 2007.

REID, Y.; JOHNSON, S.; MORANT, N.; KUIPERS, E. *et al.* Explanations for stress and satisfaction in mental health professionals: a qualitative study. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 34, p. 301-308, 1999.

ROCHA, R.M. **Enfermagem em saúde mental**. 2. ed. atualizada e ampliada. Rio de Janeiro: Ed. Senac Nacional, 2005.

ROLLO, A.A. É possível valorizar o trabalho em saúde num mundo “globalizado”? In: SANTOS-FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B. **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007.

SAMPAIO, J.J.C.; SANTOS, A.W.G. A experiência do Centro de Atenção Psicossocial e o movimento brasileiro de reforma psiquiátrica. In: Pitta, A. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001: p. 127-134.

SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A.; RODRIGUES, A.A.A.O. *et al.* Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 1, p. 75-85, jan. 2007.

SANTOS-FILHO, S.B. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do HUMANIZASUS. In: SANTOS-FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B. **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007

SATO, L. Replanejamento do trabalho como processo de construção e de negociação de significados. In: BORGES, L.H.; MOULIN, M.G.B.; ARAUJO, M.D. (org). **Organização do trabalho e saúde: múltiplas relações**. Vitória: EDUFES, 2001.

SCHRAIBER, L.B.; MACHADO, M.H. Trabalhadores da saúde: uma nova agenda de estudos sobre recursos humanos em saúde no Brasil. In: Fleury, S. **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997: p. 281-297.

SCHRAIBER, L.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. (org). **Saúde do adulto: programas e ações na atenção básica**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 29-47.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n.º. 1, p. 187-192, 2000.

SILVA, J.P.L.; TAVARES, C.M.M. Educação permanente dos profissionais de saúde mental: competências para o trabalho interdisciplinar. **Saúde em Debate**, v. 27, n 65, p. 290-301, set./dez. 2003.

SOUZA, A C. **Em tempos de PSF.....Novos rumos para a saúde mental?** Dissertação [Mestrado em Saúde Pública]. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2004. 167p.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1990.

VILLAR-LUIS, M.A. A respeito da Exclusão: instituição asilar e a desinstitucionalização. In: JORGE, M.S.B.; SILVA, W.V.; OLIVEIRA, F.B. (org.). **Saúde mental:** da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio. Fortaleza: INESP/EDUECE, 1999.

APÊNDICES



Universidade Estadual do Ceará - UECE
Mestrado Acadêmico em Saúde Pública - CMASP

Roteiro de Entrevista

I – dados de identificação

1. codificação
2. Idade (anos) _____
3. Formação Profissional: _____
4. pós-graduação: () sim . Qual? _____ () não
5. tempo de formado (anos): _____
6. tempo de atuação na saúde mental: _____
7. Instituição onde atua: _____
8. tempo de atuação na Instituição: _____
9. Vínculo empregatício: _____
10. Remuneração: _____

II – Questões sobre satisfação

1. Fale sobre o entendimento que você tem sobre satisfação no trabalho.
2. você poderia falar sobre a sua satisfação ou insatisfação no ambiente de trabalho?
3. O que é equipe para você?
4. Fale sobre as condições de trabalho da sua equipe de saúde mental.
5. fale sobre o espaço para a produção do seu trabalho.
6. fale sobre os determinantes psico-sociais-culturais que contribuem/ dificultam a SUA satisfação/ insatisfação no trabalho?
7. Como se dá as relações de trabalho em relação aos membros da equipe de saúde e os gerentes da unidade?



Universidade Estadual do Ceará - UECE
Mestrado Acadêmico em Saúde Pública - CMASP

Roteiro da Observação Sistemática

ELEMENTOS DE REFERÊNCIA

1. Condições de trabalho
ambiente de trabalho
2. Ações desenvolvidas
3. relações dos trabalhadores entre si
4. relações entre os trabalhadores e a coordenação do serviço
5. relações com os usuários do serviço



Universidade Estadual do Ceará - UECE
Mestrado Acadêmico em Saúde Pública - CMASP

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS COORDENADORES DE CAPS

Este trabalho intitulado “Satisfação dos profissionais de saúde da rede de atenção à saúde mental” faz parte do projeto integrado “Satisfação dos profissionais de saúde da rede de atenção à saúde mental e na atenção básica”, coordenado pela Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge. tem por objetivos: 1. Analisar as concepções dos trabalhadores de saúde mental acerca da satisfação e/ou insatisfação no trabalho no trabalho;2. Identificar as satisfações e/ou insatisfações dos trabalhadores de saúde mental e sua articulação com o trabalho e a produção de subjetividades no campo relacional das tecnologias leves. Tem como pesquisador José Maria Ximenes Guimarães – mestrando em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará – UECE, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge. Para a concretização do referido estudo, solicitamos a permissão para entrarmos nesta Instituição de Saúde mental para que seja possível realizar observação sistemática da unidade e entrevistas com os profissionais de saúde. A sua participação no estudo consiste em consentir a realização das atividades citadas. Será assegurando a esta instituição o anonimato, o sigilo das informações fornecidas, bem como a liberdade para retirar-se da pesquisa a qualquer momento, retirando o consentimento como possibilidade de minimizar o risco de constrangimento do participante. Assim, afastamos a obrigatoriedade de sua participação. Caso recuse participar do estudo, não terá nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. As informações obtidas na pesquisa serão tratadas de forma confidencial, sendo utilizadas somente para escrever o trabalho que atribuirá o título de mestre em saúde Pública ao pesquisador e para publicação em periódicos científicos na área da saúde. O que trará como benefícios a compreensão de como se dá relação processo de trabalho no campo da saúde mental e a construção da satisfação dos profissionais, contribuindo para reflexão no meio acadêmico e nos serviços, pelos gestores. Após a transcrição e digitação das fitas, estas serão destruídas. No momento em que desejar entender melhor a pesquisa ou quando desejar desistir da participação, retirando o consentimento, poderá fazê-lo entrando em contato com o pesquisador no Departamento de Saúde Pública da UECE, localizado no campus do Itaperi, Fortaleza, telefone; (85) 3101-9826. Caso concorde em participar do estudo, assine este documento, que também será assinado pelo pesquisador, o qual você ficara com uma cópia.

Fortaleza – Ceará, _____/_____/2006.

 Participante

 José Maria Ximenes Guimarães
 Pesquisador

=====

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, após tomar conhecimento da forma como será realizada a pesquisa: “Satisfação dos profissionais de saúde da rede de atenção à saúde mental”, concedo permissão, forma livre e esclarecida, para o pesquisador adentrar esta Instituição a fim de realizar pesquisa de campo.

Fortaleza – Ceará, _____/_____/2006.

 Participante

 José Maria Ximenes Guimarães
 Pesquisador



APÊNDICE D

Universidade Estadual do Ceará - UECE
Mestrado Acadêmico em Saúde Pública - CMASP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL

Este trabalho intitulado “Satisfação dos profissionais de saúde da rede de atenção à saúde mental”, faz parte do projeto integrado “Satisfação dos profissionais de saúde da rede de atenção à saúde mental e na atenção básica”, coordenado pela Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge. Tem por objetivos: 1. Analisar as concepções dos trabalhadores de saúde mental acerca da satisfação e/ou insatisfação no trabalho no trabalho; 2. Identificar as satisfações e/ou insatisfações dos trabalhadores de saúde mental e sua articulação com o trabalho e a produção de subjetividades no campo relacional das tecnologias leves. Tem como pesquisador José Maria Ximenes Guimarães – mestrando em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará-UECE, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge. Convidamos você a participar do estudo, assegurando – lhe o anonimato, o sigilo das informações fornecidas, o respeito à integridade física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, bem como a liberdade para retirar-se da pesquisa a qualquer momento, como possibilidade de minimizar o risco de constrangimento do participante. Sua participação não é obrigatória e a sua recusa, em participar do estudo, não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. A coleta de dados consiste de uma entrevista, que se você concordar, será áudio-gravada e da observação da sua atuação serviço, ambos realizados pelo pesquisador. As informações obtidas na pesquisa serão tratadas de forma confidencial, sendo utilizadas somente para escrever o trabalho que atribuirá o título de mestre em saúde Pública ao pesquisador e para publicação em periódicos científicos na área da saúde. O que trará como benefícios a compreensão de como se dá relação processo de trabalho no campo da saúde mental e a construção da satisfação dos profissionais, contribuindo para reflexão no meio acadêmico e nos serviços, pelos gestores. Após a transcrição e digitação das fitas, estas serão destruídas. No momento em que desejar entender melhor a pesquisa ou quando desejar desistir da participação, retirando o consentimento, poderá fazê-lo entrando em contato com o pesquisador no Departamento de Saúde Pública da UECE, localizado no campus do Itaperi, Fortaleza, telefone; (85) 3101-9826. Caso concorde em participar do estudo, assine este documento, que também será assinado pelo pesquisador, o qual você ficara com uma cópia.

Fortaleza – Ceará, _____/_____/2006.

Participante

José Maria Ximenes Guimarães
Pesquisador

=====

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, após tomar conhecimento da forma como será realizada a pesquisa: “Satisfação dos profissionais de saúde da rede de atenção à saúde mental”, aceito, de forma livre e esclarecida, participar da mesma.

Fortaleza – Ceará, _____/_____/2006.

Participante

José Maria Ximenes Guimarães
Pesquisador



Universidade Estadual do Ceará - UECE
Mestrado Acadêmico em Saúde Pública - CMASP

APÊNDICE E

Fortaleza- CE, 23 de maio de 2007.

Prezada Coordenadora,

Vimos pelo presente, solicitar desta coordenação autorização para que o Sr. José Maria Ximenes Guimarães, aluno regularmente matriculado no Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, desta Universidade, possa adentrar nos Centros de Atenção Psicossocial Gerais de Fortaleza, para a realização da coleta de dados da Pesquisa: Satisfação dos Trabalhadores de \saúde da rede de atenção à saúde mental.

Destacamos que a pesquisa integrará a Dissertação de Mestrado do aluno supra-citado. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UECE.

Cientes de vossa compreensão e apoio, antecipadamente agradecemos.

Atenciosamente,

José Maria Ximenes Guimarães
Mestrando em Saúde Pública

Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge
Orientadora/ coordenadora do Projeto de Pesquisa

A Ilma. Sra.
Dra. Raimunda Felix de Oliveira
Coordenação Colegiada de Saúde Mental
Fortaleza-Ce
Em mãos

ANEXOS