

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Curso de Especialização em Gestão do Trabalho da Educação em Saúde

FRANCISCA JANE DE SOUZA E SIQUEIRA CAMPOS

**SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR DE SAÚDE: UMA
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

RECIFE
2011

FRANCISCA JANE DE SOUZA E SIQUEIRA CAMPOS

**SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR DE SAÚDE: UMA REVISÃO
BIBLIOGRÁFICA**

Monografia apresentada ao curso de especialização em Gestão do Trabalho da Educação em Saúde do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de especialista em Gestão do Trabalho e da Educação no SUS.

Orientadora: Dra. Giselle Camposana Gouveia

**RECIFE
2011**

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

S618s Siqueira, Francisca Jane de Souza.
Saúde mental do trabalhador de saúde: uma revisão bibliográfica. / Francisca Jane de Souza Siqueira. — Recife: F. J. S. Siqueira, 2011.
46 f.: il.

Monografia (Especialização do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Giselle Campos Gouveia.

1. Saúde mental. 2. Saúde do Trabalhador. 3. Assistência em Saúde Mental . I. Gouveia, Giselle Campos. II. Título.

CDU 613.86

FRANCISCA JANE DE SOUZA E SIQUEIRA CAMPOS

**SAÚDE MENTAL DOTRABALHADOR DE SAÚDE: UMA REVISÃO
BIBLIOGRÁFICA**

Monografia apresentada ao curso de especialização em Gestão do Trabalho da Educação em Saúde do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de especialista em Gestão do Trabalho e da Educação no SUS.

Aprovado em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Dra. Giselle Campozana Gouveia
CPqAM/FIOCRUZ

Dra. Idê Gomes Dantas Gurgel
CPqAM/FIOCRUZ

Aos mestres e funcionários.
Amigos,

Os céus se abriram, os horizontes se alargaram.
O conhecimento foi vertido, a alma se engrandeceu.
Os sonhos se realizaram, e o processo da vida
continuou.
Tudo só foi possível por vosso esforço,
colaboração e bondade.
Foi um passo para todos, mas uma longa
caminhada para mim.
O futuro dirá da seguida luta que a todos atingiu.
Espero corresponder com orgulho a esperanças que
me ajudaram.
A vitória pelo saber adquirido será minha meta,
meu alvo, meu destino.

AGRADECIMENTOS

A Semente, funcionário querido por todos os alunos, sem o qual não haveria frutos do saber adquirido, através de sua competência, dedicação, apoio e ajuda inestimáveis, sem os quais não teria concluído com êxito este duro esforço de aprendizado.

Aos meus pais, por suas orientações que me acompanham por toda minha vida. Meus companheiros e amigos eternos.

Ao meu marido, que sempre me apoiou, e agüentou os meus ataques de nervos, meus estresses, durante este trabalho, o meu muito obrigado.

A meu tio Heron e esposa Guilhermina, meu irmão Itagiba e meu sobrinho Italo que no momento que precisaram da minha companhia e apoio, souberam aceitar e compreender a minha ausência no percurso deste trabalho.

A Dra. Margarida (Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde em exercício quando do início do nosso curso), por ter sido a principal responsável pela realização deste sonho.

A Fulvia e Cícera (UNIAPS) que muito contribuíram com as informações prestadas sobre o atendimento psicossocial na Secretaria Estadual de Saúde.

Aos meus caros mestres, que me orientaram e transmitiram seu conhecimento, que com paciência o dividiram comigo e com meus colegas.

Aos funcionários, que nos bastidores muito contribuíram para a conclusão deste curso, especialmente a Sra. Márcia, que da biblioteca nos orienta em todos os trabalhos realizados com pesquisas e informações.

Aos prezados colegas e amigos que compartilharam momentos de aprendizado, dificuldades e alegrias. Por toda sua companhia, paciência e amizade, digo-lhes obrigada!

A professora e coordenadora, Dra. Kátia Medeiros, a qual exalto a sua competência e dedicação na administração do curso.

A minha orientadora, Dra. Giselle Camposana, que muito contribuiu com seu esforço e conhecimento na orientação deste trabalho monográfico, sem o que não o concluiria com êxito, pelo que lhe digo muito obrigada!

Quando não tiveres mais força para
falar, não te aflijas, no calar das luzes
teu corpo falará por ti.

Francisca Jane

SIQUEIRA, Francisca Jane de Souza. Saúde mental do trabalhador de saúde: uma revisão bibliográfica. 2011. Monografia (Curso de especialização em Gestão do Trabalho da Educação em Saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

RESUMO

O interesse em analisar as últimas publicações sobre a Saúde mental do trabalhador de saúde, surgiu através do contato com colegas de trabalho que vivenciaram o adoecimento psíquico trazido através da prática laboral, em especial através da conduta inadequada do gestor. Além disto, minha prática profissional como psicóloga em atendimento a pacientes com adoecimento psíquico, atrelada a uma curiosa observância e informações por mim obtidas na Unidade de Apoio Psicossocial da Secretaria Estadual de Saúde revelaram a necessidade de compreensão sobre a visão ampla do indivíduo dentro do contexto econômico e social. Diante disso este trabalho objetivou realizar uma revisão de literatura sobre o tema. Foram visitadas publicações nacionais em bases de dados científicas, para os anos de 2009 e 2010. Utilizou-se os descritores “adoecimento e gestão do trabalho”; “assistência psicossocial” e “saúde do trabalhador”. Ao todo foram visitados 479 resumos de artigos, sendo aproveitados para esta revisão apenas 34 artigos. Foi observado que as mudanças de um modo geral e em particular no ambiente de trabalho, têm impacto na vida das pessoas, no seu estado de saúde e no seu trabalho, ocorrendo em função e a partir de transformações na dinâmica social. Na base dessas mudanças estão as implicações trazidas a saúde física e psíquica do trabalhador. Observa-se que os fatores psicossociais são determinantes no modo de viver e adoecer dos trabalhadores, sendo considerado um dos fatores que mais causam sofrimento a saúde em seus mais variados aspectos, torna-se relevante conhecer suas implicações a fim de evitá-los nos ambientes de trabalho, e promover medidas que possam assegurar o bem estar relacionado a estes.

Palavras- chave: Saúde mental, trabalhador de saúde

SIQUEIRA, Francisca Jane de Souza. Mental health worker in health care: a literature review. 2011. Monograph (Specialized course in Management of Work Health Education) - Aggeu Magalhães Research Center, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2011.

ABSTRACT

The interest in analyzing the latest publications on the Psychosocial Care of workers in health, came through contact with co-workers who have experienced mental illness brought through the practical work, especially through the misconduct of the manager. Besides this, my professional practice as a psychologist in seeing patients with mental illness, linked to a curious observance, information obtained by me on Psychosocial Support Unit of the State Department of Health revealed the necessity of understanding about the broad vision of the individual within the context economic and social development. Given that this work has aimed at a revision of literature on the subject. We visited national publications in scientific databases, for the years 2009 and 2010. We used the descriptors illness and management of work, assistance and psychosocial health of the worker. Altogether 479 abstracts were visited articles, being exploited for this revision only 34 articles. It was observed that changes in general and particularly in the workplace, it impacts the lives of people in his state of health and their work, affecting function and from transformations in social dynamics. At the base are the implications of these changes brought the physical and mental health worker. It is observed that psychosocial factors are decisive in the way of life and illness of workers, is considered one of the factors that cause more suffering to health in its various aspects, it is crucial to know its implications in order to avoid them in the environments work, and promote measures that can ensure the well-being related to these.

Keywords: Mental health, health worker

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 09 |
| 2 | OBJETIVOS..... | 13 |
| 2.1 | Objetivo Geral..... | 13 |
| 2.2 | Objetivos Específicos..... | 13 |
| 3 | PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS..... | 14 |
| 4 | REVISÃO BIBLIOGRÁFICA..... | 16 |
| 4.1 | Breve contexto histórico de saúde do trabalhador no Brasil..... | 16 |
| 4.2 | Relação entre trabalho e saúde mental do trabalhador em saúde..... | 18 |
| 4.2.1 | Relação entre trabalho e saúde..... | 20 |
| 4.2.2 | Saúde mental do trabalhador de saúde..... | 23 |
| 4.2.3 | A atenção psicossocial do trabalhador de saúde: possibilidades de inovação na inserção do modelo Implementado no SUS..... | 32 |
| 4.2.4 | Atendimento em saúde mental do trabalhador de saúde: um modelo de uma experiência exitosa na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco..... | 37 |
| 5 | CONCLUSÃO..... | 39 |
| | REFERÊNCIAS..... | 40 |

1 INTRODUÇÃO

Muitas são as situações que geram o adoecimento psíquico nos locais de prática do trabalhador da saúde, entre estes a baixa remuneração salarial, os conflitos interpessoais e a precarização de vínculos; sem contudo se perder de vista o campo de subjetividade em que cada sujeito se apresenta. A visão biopsicossocial que envolve as características deste sujeito como ser atuante no meio em que vive, faz perceber a complexidade de demandas que envolve um trabalho em equipe, e em especial um trabalho em saúde. Diante da diversidade de variáveis, como o atendimento diante do sofrimento e da dor, do stress pela busca da ajuda e do socorro, e sabendo-se também dos limites a que são acometidos, partindo da própria limitação profissional diante do saber e da prática e das condições que a própria instituição oferece, percebe-se que o local onde se encontra inserido esse profissional com toda uma complexidade de demandas da prática laboral, contribuem para o adoecimento ou não deste ser.

Neste sentido Chanlat (*apud* TAVARES, 1996, s/p), diz:

o serviço público, sobretudo aquele relacionado aos serviços sociais, à saúde e à educação, poderiam ser classificados no modo de gestão tecnoburocrático, no qual se encontra: forte hierarquia, trabalho fragmentado, presença de normas e padrões formais, grande importância atribuída aos especialistas, controles sofisticados, canais de comunicação entre os diferentes níveis hierárquicos inexistentes ou precários, centralização do poder, fraca autonomia para os cargos hierarquicamente inferiores. A ação humana neste tipo de organização é bastante limitada pelas normas existentes, ficando o trabalhador impedido, muitas vezes de responder às demandas ou situações inesperadas, que não foram previstas na concepção. Sintetiza esta questão na seguinte ideia: "fazer bem o que se tem que fazer ainda que impedido de fazê-lo.

Para Dejours (1987), o sofrimento psíquico varia de acordo com a organização do trabalho, exercendo sobre o homem uma ação específica, causando um impacto no aparelho psíquico.

O trabalho de Atenção à saúde mental no atendimento da rede SUS galgou muitos caminhos na história da psiquiatria no Brasil, sendo considerada uma tarefa complexa, descentralizada, com diversos níveis de decisão e controle social.

Esta Atenção passou do modelo terapêutico com base na hospitalização com características de um sistema de dispositivos de punição e repressão, baseado num modelo carcerário, para após a reforma psiquiátrica, através de

uma nova leitura e compreensão de outros saberes, para um modelo mais humanizado, pautado numa visão acolhedora e extensivo a prática social que individualmente envolve cada paciente e familiares envolvidos (AMARANTE, 2007).

O modelo de assistência à saúde voltado para ações curativas e centrado na figura do médico e nos hospitais apresentava uma visão biologista do processo de saúde e doença, e não considerava as dimensões socioeconômicas e culturais envolvidas. A crise desse modelo se revelou na insatisfação de todos: usuários, profissionais, instituições de prestação de serviços e governo, culminando no surgimento de propostas no âmbito da saúde coletiva que transformassem o processo de trabalho em saúde (VIEIRA, 1998).

Amaral (2010, p. 10) diante da pluralidade do entendimento no que se refere à saúde mental do trabalhador, defende que:

A Gestão de Pessoas é uma área multidisciplinar que deriva de um campo mais amplo de conhecimento e de práticas: as ciências sociais aplicadas e a administração. A Saúde Mental do Trabalhador, tal como a primeira, também é uma área multidisciplinar, mas possui sua raiz derivativa do campo da Saúde Coletiva, mais especificamente, da área da Saúde do Trabalhador, recebendo contribuições de diversos campos de conhecimento, como da psicologia, da medicina e das próprias ciências sociais. A relação de ambas as áreas com as ciências sociais consiste nas contribuições da Sociologia, da Psicossociologia e da Sociologia do Trabalho por meio de estudos sobre os aspectos psicossociais inseridos tanto no contexto das organizações, especificamente, quanto no das relações de trabalho, de modo geral, respectivamente.

E nesta relação trabalho-saúde-doença, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001, p. 30) comenta que:

Ouvir o trabalhador falando do seu trabalho, de suas impressões e sentimentos em relação ao trabalho, de como seu corpo reage no trabalho e fora dele, é de fundamental importância para a identificação das relações saúde-trabalho-doença. É a tradução prática da recomendação feita em 1700 pelo médico italiano Bernadino Ramazzini que todos os médicos deveriam perguntar a seus pacientes: Qual é a sua profissão?

Tratar de alternativas permanentes que possibilitem a qualidade de vida do trabalhador em saúde é um grande desafio tratado hoje e sempre, diante da complexidade de compreensão do sujeito e seu lugar no meio social em que vive e as dificuldades da execução da prática laboral, nas instituições em que estão inseridos.

Conforme nos comenta Silva (1997, p.65), o tema “qualidade de vida”, tem sido muito discutido, sendo com isso parte integrante da cultura das organizações, que a este favor promovem programas de qualidade de vida e promoção da saúde

nos locais de trabalho. Ele nos coloca ainda que: “a ‘saúde se dá a partir de um gerenciamento de seis áreas”, que definiu como as seis dimensões da saúde, vejamos:

SAÚDE FÍSICA – composta principalmente do quadro clínico do indivíduo, acompanhado de alimentação adequada, práticas saudáveis e uso correto do sistema médico.

SAÚDE EMOCIONAL – envolve desde uma adequada capacidade de gerenciamento das tensões e estresse até uma forte auto-estima a um nível elevado de entusiasmo em relação a vida.

SAÚDE SOCIAL – os fatores preponderantes são: alta qualidade dos relacionamentos, equilíbrio com o meio ambiente e harmonia familiar

SAÚDE PROFISSIONAL – composta de uma clara satisfação com o trabalho, e um desenvolvimento profissional constante das relações nas funções exercidas.

SAÚDE INTELECTUAL – utilizar a capacidade criativa sempre que possível, expandir os conhecimentos permanentemente e partilhar o potencial interno com os outros são os principais caminhos.

SAUDE ESPIRITUAL – ter um propósito de vida baseado em valores e ética, acompanhados de pensamentos positivos e otimistas.

Faria e Araújo (2010), em discussão sobre a prática do trabalhador em saúde nos fala da singularidade em que é percebido o trabalho em saúde, pois como lida com a vida humana, envolve um grau de imprevisibilidade muito grande e a possibilidade de inúmeras formas de intervenção, retratando um mundo dinâmico, no qual as situações raramente se repetem. E ainda citando Pitta (1996), este comenta que muito frequentemente, estudos sobre o tema do trabalho em saúde afirmam que a relação profissional-paciente é permeada pela dor do paciente e também pelo sofrimento dos profissionais de saúde.

O campo do trabalho em saúde é visto pelos profissionais e gestores como de grande complexidade administrativa, tratando-se de uma área multi e interdisciplinar compreendendo atividades de produção e de serviços, abrangendo desde a indústria de equipamentos e medicamentos à prestação de serviços médicos, em nível hospitalar, ambulatorial ou de unidades de saúde, passando pela produção de conhecimento e informação; trazendo como foco principal dessas atividades as pessoas e, portanto, o processo de trabalho é pautado no contato humano.

A precarização de vínculos também faz parte do cenário da complexidade do trabalho em saúde, e numa visão ampla da compreensão da precariedade do trabalho (BRASIL, 2006, p.19), nos coloca que:

A heterogeneidade de vínculos é um dado importante que compõe esse conjunto de transformações. As novas formas de “contrato” mudam radicalmente os mecanismos de ingresso e manutenção do trabalhador,

estabelecendo novas relações de trabalho, definindo também a necessidade de se adquirir competências que habilitem trabalhadores e gestores como negociadores das condições de trabalho, às vezes em condições adversas do ponto de vista orçamentário, para operar avanços significativos nas negociações, mesmo quando os pleitos dos trabalhadores são reconhecidos como legítimos.

Visando implementar a Política de Valorização do Trabalho, desde a 8ª Conferência em Saúde, profissionais envolvidos com a temática vêm desenvolvendo ações neste sentido. Em 2003 foi criada no âmbito do Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), cujo objetivo principal é implementar esta Política no SUS (PAIM, 2009). Atualmente, várias ações têm sido implementadas para melhorar as condições de trabalho dos profissionais de saúde, entre estas, a capacitação permanente, a escuta humanizada de problemas e o encaminhamento para assistência especializada quando esta se faz necessária.

O adoecimento psíquico tem sido uma causa relevante na assistência ao profissional de saúde de diversas categorias. Dentro deste contexto, este estudo pretende investigar como tem sido apresentado pela literatura atual, o processo de saúde mental do trabalhador em saúde?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Caracterizar na literatura científica a relação entre saúde mental e trabalho entre profissionais da saúde, no período entre 2009 e 2010.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Descrever um breve contexto histórico da saúde do trabalhador no Brasil.
- b) Identificar a relação entre trabalho e saúde mental do trabalhador de saúde.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Foi realizada uma pesquisa de eixo epistemológico qualitativa do tipo bibliográfica.

Sobre a pesquisa de referencial bibliográfico Gil (2002, p. 44), comenta que: “A pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”.

As seguintes categorias foram utilizadas como descritores para a busca de referências: Gestão e doença para o descritor – Adoecimento e gestão do Trabalho; trabalhador e Saúde para Saúde do trabalhador em Saúde e Assistência e Psicossocial para a Assistência Psicossocial e seu histórico.

Inicialmente foram realizadas buscas no intuito de localizar os artigos que abordam o tema da pesquisa. Foram selecionados através da leitura dos resumos aqueles que eram compatíveis com o tema proposto da pesquisa, e em seguida a leitura do artigo completo. Utilizou-se o processo de inclusão e exclusão no período do estudo, compreendido entre 2009 e 2010.

A busca foi realizada nas seguintes bases de dados: Lilacs, Scielo e Medline. Optou-se por retirar a base de dados Medline pois só foram encontrados artigos nesta base publicados em outros idiomas que não o português.

Foram também incluídos neste trabalho citações de livros e de dissertação de mestrado.

| DESCRITORES | | 2009 | | 2010 | | TOTAL |
|---------------------------------|-----------|--------|--------|--------|--------|-------|
| | | LILACS | SCIELO | LILACS | SCIELO | |
| SAUDE DO TRABALHADOR | TOTAL | 100 | 52 | 166 | 82 | 400 |
| | EXCLUÍDOS | 92 | 42 | 156 | 77 | 387 |
| | INCLUÍDOS | 8 | 10 | 10 | 5 | 33 |
| ASSISTÊNCIA PSICOSSOCIAL | TOTAL | 1 | 20 | - | 13 | 34 |
| | EXCLUÍDOS | - | 12 | - | 11 | 23 |
| | INCLUÍDOS | 1 | 8 | - | 2 | 11 |
| ADOCIMENTO E GESTÃO DO TRABALHO | TOTAL | 16 | 11 | 9 | 9 | 45 |
| | EXCLUÍDOS | 13 | 11 | 8 | 9 | 41 |
| | INCLUÍDOS | 3 | 0 | 1 | 0 | 4 |
| AMOSTRA FINAL | | 12 | 18 | 11 | 7 | 48 |

Quadro 1 – Descritores e número de artigos encontrados no período de 2009 a 2010

Fonte: BIREME- Biblioteca Virtual

Após a busca nas bases de dados, foram realizadas as revisões acerca das variáveis do estudo (descritores). Este trabalho não precisou de aprovação do Comitê de Ética, pois utilizou dados amplamente divulgados no meio científico acadêmico.

4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

4.1 Breve contexto histórico da saúde do trabalhador no Brasil

Conforme Pinheiro (2009) “Saúde do Trabalhador é a área de conhecimento e aplicação técnica que dá conta do entendimento dos múltiplos fatores que afetam a saúde dos trabalhadores e seus familiares, independente das fontes de onde provenham, das conseqüências da ação desses fatores sobre tal população (doenças) e das variadas maneiras de atuar sobre estas condições”.

Dias (2004; NARDI, 1999, p.109, apud GUAZINA, 2009), diz que:

A Saúde do Trabalhador é um campo de conhecimento que envolve diferentes disciplinas e que propõe intervenções nos locais de trabalho, orientadas para a vigilância e a transformação das condições e contextos laborais considerados nocivos à saúde dos trabalhadores. Esse campo emergiu no Brasil em um processo de luta pela abertura política, durante a década de 80, e sua produção se deu no contexto do Sistema Único de Saúde. Caracteriza-se por conceber o trabalhador como sujeito conhecedor de seu trabalho e ativo no processo saúde-doença, entendido como multicausal, bem como entende que as experiências dos trabalhadores no seu cotidiano de trabalho podem ser estratégias para problematização das possibilidades de saúde-adoecimento no trabalho, objetivando produzir diferentes práticas de atenção à saúde dos trabalhadores.

Para Bezerra e Borbal (2010, s/p):

A Saúde do Trabalhador é o campo de práticas e conhecimentos cujo enfoque teórico- metodológico, no Brasil, emergiu da Saúde Coletiva, buscando conhecer e intervir nas relações *trabalho* e *saúde-doença*, tendo como referência central o surgimento de um novo ator social: a classe operária industrial, numa sociedade que vive profundas mudanças políticas, econômicas e sociais (Lacaz, 2007). Ao contrapor-se aos conhecimentos e práticas da Saúde Ocupacional tem por objetivo superá-los, identificando-se a partir de conceitos originários de discursos dispersos formulados pela Medicina Social Latino-Americana, relativos à determinação social do processo saúde-doença; pela Saúde Pública em sua vertente programática e pela Saúde Coletiva ao abordar o sofrer, adoecer e morrer das classes e grupos sociais inseridos em processos produtivos (Lacaz, 1996; Tambellini e col., 1986).

Conforme Pinheiro (2009), o processo psicossocial do trabalhador, já era visto como um fator gerador e modificador das condições de viver, adoecer e morrer dos homens, desde a revolução industrial onde surgiu uma nova situação: o trabalho em ambientes fechados, às vezes confinados, a que se chamou de fábricas. Nesta época a maioria da mão de obra era composta de mulheres e crianças que sofriam a agressão de diversos agentes, oriundos do processo e/ou

ambiente de trabalho. A aglomeração humana em espaços inadequados propiciava a acelerada proliferação de doenças infecto-contagiosas, ao mesmo tempo em que a periculosidade das máquinas era responsável por mutilações e mortes.

No entanto a Saúde do Trabalhador só começou a ser caracterizada e estudada no Brasil a partir da década de 70, puxada pelo Movimento Sanitário, e pela luta interna pelos diversos direitos de cidadania do brasileiro, entre os quais o de acesso à saúde. E a este respeito a 3ª. Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2005, p.3-4) trouxe as seguintes contribuições:

A partir de meados dos anos 70 e durante toda a década de 80 o recrudescimento dos movimentos de massa levou o Brasil ao seu processo de redemocratização. Nesse contexto surge o Movimento de Reforma Sanitária, propondo uma nova concepção de Saúde Pública para o conjunto da sociedade brasileira, incluindo a Saúde do Trabalhador. O que é conhecido hoje como Saúde do Trabalhador é, portanto, a resposta institucional a esses diversos movimentos sociais que, entre a metade dos anos 70 e os anos 90, confluíram para a reivindicação de que a Saúde do Trabalhador fizesse parte do direito universal à saúde, incluída no escopo da Saúde Pública. Entre os principais movimentos que contribuíram para o desenvolvimento da institucionalização da Saúde do Trabalhador no âmbito do Sistema Único de Saúde, temos:

- O movimento de Oposição Sindical dos anos 70 e 80;
- O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira;
- O movimento pelas eleições diretas e pela Assembléia Nacional Constituinte e;
- A promulgação da “Constituição Cidadã” em 1988, com a conquista do direito à saúde e o advento do Sistema Único de Saúde

E ainda conforme Pinheiro (2009, s/p):

A saúde do trabalhador passou aos poucos a ser incorporada nas ações do SUS em 1990, por meio da Lei Orgânica da Saúde (LOS, nº. 8080, artigo 6º) é conferida a direção nacional do SUS a responsabilidade de coordenar a política de saúde do trabalhador.

Sato; Lacaz; Bernardo (2004 apud GIBERT e CURY, 2009), complementa que, no Brasil, a questão da saúde do trabalhador é uma preocupação recente que passou a vigorar como um direito social garantido por práticas efetuadas pelo SUS. Os informes da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (2004) ressaltam a criação da comissão intra-setorial no SUS/SP em 2000, em que se determinaram condições institucionais e operacionais para atender à saúde do trabalhador. Além disso, em 2002, o Ministério da Saúde publicou a portaria 1.679 que fortaleceu uma política para a saúde do trabalhador por meio da RENAST - Rede Nacional de

Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, que permitiu disseminar ações em toda rede do SUS.

4.2 Relação entre trabalho e saúde mental do trabalhador de saúde

As mudanças no trabalho têm impacto na vida das pessoas, no seu estado de saúde e na organização do seu trabalho, ocorrendo em função e a partir de transformações na dinâmica social, sendo, ao mesmo tempo, determinantes e determinadas por novos comportamentos sociais. Na base dessas mudanças estão o desenvolvimento do campo científico e tecnológico e a forma de organização da produção. A relação entre processos cognitivos e uso de modernas tecnologias situa-se muito além do problema do ensino e da formação e deve ser analisada no contexto das mudanças nas bases técnica, organizacional e administrativa do trabalho.

Silva (2010, p.185) comenta que:

Nas décadas de 1980 e 1990, concomitantemente aos já conhecidos agravos ocupacionais, com mortes e mutilações, intoxicações por vários produtos químicos, perdas auditivas, pneumopatias e dermatoses, os trabalhadores com afecções musculoesqueléticas, as LER/DORT, passaram a invadir os consultórios. Diferentemente de outros agravos, esses ocorriam indistintamente entre trabalhadores da indústria, do comércio e de serviços. Acometiam trabalhadores cujas atividades laborais não exigiam altos gastos energéticos e sua etiologia não podia ser enquadrada nos fatores de risco tradicionais: físicos, químicos e biológicos. Nesse contexto, ganhou força a discussão de que o trabalho e suas repercussões sobre a saúde dos trabalhadores deveriam ser analisados não somente no tocante às condições tradicionalmente abordadas, mas também aos seus aspectos organizacionais, ergonômicos psicossociais.

Brant e Gomez (2010, p.238), sobre gestão do trabalho e adoecimento, coloca que:

A articulação entre manifestações do sofrimento e resistências aos processos de adoecimento, no âmbito da gestão do trabalho, carece de um melhor entendimento e novas investigações. Apesar de afetar todo o universo de uma empresa, essas resistências apenas aparecem como a ponta de um *iceberg*. Para Brant e Minayo-Gomez (2004) ocorre na esfera do trabalho um processo de transformação do sofrimento em adoecimento caracterizado pela negação e psiquiatrização do sofrimento; atribuição e incorporação da identidade de doente; interpretações individualizantes e descontextualizadas acerca das práticas, além de um elevado controle disciplinar. Uma vez manifestado, segundo os autores, o sofrimento tem como destinos: somatização - busca de uma etiologia corporal para aquele sofrimento; psiquiatrização - expressões próprias da existência humana diagnosticadas como doença mental; medicalização abusiva ou desnecessária; licença médica excessiva; internação hospitalar e aposentadoria por invalidez indevida. Essas manifestações associam-se a

fraqueza, debilidade cognitiva, desequilíbrio emocional e conflitos familiares, entre outras explicações. Com efeito, o sofrimento, quando visto unicamente como algo decorrente do próprio sujeito, culpabiliza o trabalhador pelas suas vivências. E, quanto mais alto o nível hierárquico, maior a necessidade de manter imagens de satisfação e mais sofisticadas tornavam-se as estratégias para tamponar a angústia que insistia em expressar-se.

Pena e Minayo-Gomez (2010), falando sobre a compreensão da saúde do trabalhador na relação trabalho e saúde em ambiente hospitalar, nos apresenta dois aspectos das condições de saúde no processo de trabalho:

a) O primeiro é o ambiente de trabalho que neste caso assemelha-se ao ambiente de consumo, e a forte interação entre trabalhador e usuário ou cliente que assume particularidades essenciais para a compreensão de dois campos da saúde coletiva: doenças e acidentes do trabalho relacionados à saúde do trabalhador; doenças e acidentes de consumo relacionados à saúde do consumidor (ANVISA, 2009).

b) O segundo aspecto refere-se às relações psicossociais diversas presentes no cotidiano do serviço, que redimensionam a própria organização do trabalho diante da possibilidade de lidar diretamente com situações existenciais limítrofes como a morte - no caso dos serviços de saúde - e o sofrimento extremo do consumidor. Esses conflitos geram tensões e traumas psíquicos decorrentes de agressões físicas e verbais variadas e que podem, não raramente, resultar em desfechos trágicos como acidentes de trabalho fatais praticamente ausentes dos processos de mineração, agrícola e industrial, pois o processo de trabalho se realiza por meio de uma relação direta com o cliente na relação mercadológica ou com o usuário do serviço público, podendo ou não assumir condições propícias ao adoecimento tanto do trabalhador como do consumidor. Essa característica fica mais evidente nos próprios serviços de saúde.

Pena e Minayo-Gomez (2010), ainda afirmam que para o hospital, princípios e ações do programa de saúde para os trabalhadores podem interagir com programas da comissão de controle de infecção hospitalar, de segurança do paciente e de humanização do atendimento em saúde, a exemplo do programa "Humaniza SUS". Este último tem como objetivo introduzir práticas éticas e humanas de saúde (PENA, 2010, apud FORTES, 2004) e assim substituir abordagens reducionistas de pacientes como objetos/produtos biológicos ou cibernéticos de processos de trabalho.

O autor coloca que a humanização do atendimento implica necessariamente na humanização do trabalho e conseqüente melhoria das suas condições adversas. A diminuição de índices de infecção hospitalar reduz, ao mesmo tempo, a ocorrência de doenças infectocontagiosas de natureza ocupacional para os trabalhadores e de enfermidades iatrogênicas para os pacientes. Assim como a melhoria da segurança dos pacientes significa redução conjunta de acidentes do trabalho e do usuário. Finalmente, a proteção aos trabalhadores e pacientes se associa à proteção ambiental com a introdução de tecnologias limpas na esfera hospitalar, cuja redução de emissões atmosféricas e de lixo hospitalar significa a melhoria de todo o ambiente de trabalho e de assistência ao doente. A co-produção inscrita no processo de trabalho desse serviço conforma a matriz para uma integração da gestão de programas de saúde para os trabalhadores e usuários em geral.

4.2.1 Relação entre saúde e trabalho

Trindade (2010), aponta o ambiente de trabalho como gerador de conflito quando o indivíduo percebe o hiato existente entre o compromisso com a profissão e o sistema em que estão inseridos., comprometendo com isso a saúde do trabalhador

As más condições laborais e a forma de organização do trabalho dentro do sistema capitalista frequentemente têm se mostrado nocivas para o trabalhador, assim comenta Oliveira (2010).

E neste sentido, Fontana (2010, s.p), destaca que:

Sabe-se que, em muitas instituições, há falta de condições técnicas, de atualização, de recursos materiais e humanos, o que, por si só, torna o ambiente de trabalho desumano. Acrescenta-se a isso, os processos não resolutivos da atenção em saúde ou a forma desrespeitosa com que muitos profissionais se relacionam, tornando pior uma situação já precária. Admite-se, neste contexto um profissional numa situação frágil para humanizar suas ações de cuidado.

O autoritário, arbitrário, onde o ritmo, as opiniões e necessidades dos funcionários são totalmente, ou quase que totalmente desconsiderados, com falta de diálogo e excesso de feedback negativo, sem nenhuma assistência para os problemas identificados, ocasionam o estresse organizacional, acarretando baixa

produtividade e qualidade, e insatisfação do trabalhador e da própria instituição (HANZELMANN et al. 2010)

E ainda diz que, mediante a dinâmica do trabalho hoje apresentado no mundo contemporâneo, considerando-se especialmente os ritmos, intensidade, regimes de turnos, hora extra e banco de horas que contradiz com os biorritmos dos indivíduos gera conseqüentemente acidentes e adoecimentos. Destacando dois tipos de patologias, o das Lesões por esforços repetitivos/ Distúrbios osteomusculares (LER/DORT) e o dos transtornos mentais, traduzindo-se em fadigas patológicas, esgotamento profissional (Síndrome de Burnot), identificado no histórico de muitos casos de quadros depressivos e de processos psicossociais que poderão conduzem aos suicídios e à escalada da dependência de álcool e drogas.

Na visão de Brant e Gomez (2010), com o avanço da técnica, cuja função é proporcionar maior conforto ao homem, o trabalho, na contemporaneidade, do ponto de vista físico, tornou-se mais leve, mas em termos psicológicos vem se configurando como algo árduo, pesado e, ainda, como fonte de competição.

GIBERT e CURY (2009, p.47), diz que:

nas organizações, muitos trabalhadores vivenciam algum tipo de sofrimento físico ou psíquico decorrentes das atividades de trabalho. Sentimentos e emoções permeiam as relações de trabalho, pois são componentes intrínsecos à experiência humana.

E ainda citando Sato (2002, p.47), este coloca que:

os novos problemas de saúde do trabalhador devem-se a velhas razões" (p. 45). Há novas situações no mundo do trabalho, porém, permeadas por práticas antigas de controle do espaço organizacional, o que torna o contexto de trabalho um mosaico, em que o velho e o novo se misturam.

Dal Pai e Lautert (2009), afirmam que no mundo do trabalho não há neutralidade do trabalho em relação à saúde do trabalhador, uma vez que é no trabalho que o ser humano encontra meios de realizar seus desejos e necessidades, sendo fonte de satisfação ou sofrimento, quando as condições forem desfavoráveis à saúde. Desse modo, o trabalho sempre estaria beneficiando a saúde ou o adoecimento dos indivíduos trabalhadores, variando entre as necessidades do trabalhador e as exigências da organização prescrita para o trabalho.

Dejours (1992, p.64 apud GILBERT, 2010), o trabalho deveria aparecer na própria definição do conceito de saúde, pois ele ocupa um lugar muito importante na luta contra a doença, ou seja, nem sempre aparece como uma fonte de doença ou de infelicidade; ao contrário, é, às vezes, operador de saúde e de prazer: "*o trabalho nunca é neutro em relação à saúde e favorece, seja a doença, seja a saúde*".

Numa visão voltada para a psicodinâmica do trabalho Dal Pai et al. (2009), diz que haveria mais benefícios à saúde quando houvesse maior liberdade para as negociações, invenções e ações de modulação operacionais, pois assim seria possível adaptar-se à organização do trabalho às necessidades e aos desejos dos indivíduos. No entanto, iniciar-se-ia a instalação do sofrimento, caso essa negociação fosse conduzida ao seu limite e bloqueasse a relação trabalhador-organização do trabalho.

E sobre a psicodinâmica do trabalho Dejours; Abdoucheli; Jayet (1994, p. 251 apud BOUYER, 2010), destacam que:

A Psicodinâmica do Trabalho se concentra na coletividade do trabalho (numa dada organização do trabalho) e não apenas em indivíduos isolados. Embora não faça recomendações terapêuticas individuais, mas proponha modificações reais na organização do trabalho, que atinge todo um coletivo de trabalhadores, ela não descarta as vivências singulares, as experiências individuais, como o sofrimento.

E nesta visão, Martins e Robazzi (2010, p.1.110), diz que:

Para a psicodinâmica do trabalho, é no coletivo que se constrói o sentido dos sofrimentos vivenciados e é por meio das ações comunicativas que se compartilham os sentimentos. Assim, ao se propiciar um espaço para que os trabalhadores compartilhem seus sentimentos, no qual possa se criar uma linguagem comum que leve a uma nova inteligibilidade, à nova interpretação e a um novo sentido para o trabalho, proporciona-se um efeito positivo no processo das relações de cooperação e de troca de conhecimentos que, por sua vez, repercutem nos sentimentos de prazer dos indivíduos ao desenvolver suas atividades laborativas.

Porém sabe-se que a condição do existir é muitas vezes voltada a adaptações a partir das condições de enfrentamento de cada indivíduo, seja de ordem psíquica ou física, respeitando as suas limitações ou de um grupo a que está submetido no ambiente de trabalho.

Neste sentido Dal Pai e Lautert (2009), diz que diante das características desfavoráveis à saúde no trabalho, o trabalhador desenvolve defesas, estratégias de enfrentamento, as quais permitem que o sofrimento não seja instalado ou não venha a causar adoecimento. As estratégias de enfrentamento são estruturadas

socialmente, e tendem a se tornar aspectos da realidade externa com as quais os membros da instituição acordam.

E ainda Dal Pai e Lautert (2009, p.61),

Dessa forma, a proteção da saúde não depende apenas do talento de cada indivíduo, mas passa também pelas estratégias coletivas de defesa, as quais desempenham um papel relevante na capacidade de desenvolver sua resistência aos efeitos desestabilizadores do sofrimento. As estratégias de enfrentamento resultam de uma forma específica de cooperação entre os trabalhadores para lutarem contra o sofrimento engendrado pelos constrangimentos do trabalho. Dentre estes está o medo do acidente, a angústia de não ser capaz de seguir as cadências ou os limites de tempo impostos, o medo das agressões provenientes dos usuários, o receio da dominação e da autoridade exercida pela hierarquia, entre outros.

Por outro lado, se a organização do trabalho for uma fonte de exigências rígidas e estáveis, às quais muitos trabalhadores estão expostos, poder-se-á inviabilizar a construção de defesas e deixá-los à mercê da adaptação ao trabalho, o que se tornaria apenas fonte de pressões patogênicas e meio de sobrevivência. O trabalho, entretanto, também pode levar a uma vivência de prazer, pois as pessoas diferenciam-se na forma como vivenciam as situações laborais.

Guimarães (2006), diz que tanto os estudos que se revelam preocupados com a saúde física e mental, quanto aqueles que se preocupam com a alienação causada pela falta de controle e domínio do trabalhador, remetem à reflexão de que: há que se reconduzir o trabalhador à condição de *sujeito* do seu trabalho. Para isso, a reapropriação pelo indivíduo do seu poder de transformação, do seu gesto, do seu ambiente de trabalho e de si mesmo é condição essencial. A falta de controle leva, ao que tudo indica, ao mal-estar e sofrimento do trabalhador. Sofre o trabalhador, perde a organização.

4.2.2 Saúde mental do trabalhador de saúde

Há contínuas e crescentes transformações, de ordem econômica, política, social e técnica, que vêm se processando no mundo do trabalho tendo exercido forte influência sobre a saúde dos trabalhadores. Atualmente, tem aumentado o número de trabalhadores da área da saúde acometidos pelo adoecimento no trabalho, o que gera a necessidade de investimentos para identificar as causas destes danos e de ações que contribuam para redução destas taxas e, em consequência, preservem a saúde do trabalhador.

A globalização têm trazido rápidas transformações na dinâmica do mercado de trabalho, na organização do trabalho, e nas novas exigências de

competências do trabalhador, que por sua vez interferem na saúde do indivíduo, ou por exclusão (desemprego) ou por sujeição à condições inadequadas de trabalho, ocasionada pela instabilidade de emprego. (MARTINS, 2005; SELIGMANN-SILVA, 2003; GLINA, 2001 apud GUEDES et al., 2010)

Neste sentido Kirchof et al. (2009,s/p), comentam que:

Nas últimas décadas, dadas as transformações nos processos produtivos, as relações entre trabalho, estresse e suas repercussões sobre a saúde mental dos trabalhadores têm sido abordados em estudos com abordagens metodológicas diferenciadas. Questões como a produtividade, os acidentes de trabalho, o absenteísmo e os crescentes índices de sintomas psíquicos entre os trabalhadores de determinadas categorias profissionais têm sido objeto desses estudos. Dentre estas categorias profissionais, destacam-se os trabalhadores da saúde, especialmente os atuantes em ambiente hospitalar

E ainda Kirchof et al. (2009, s/p), destacam que:

Dentre os trabalhadores da saúde, estudos apontam a Enfermagem como uma das ocupações com alto risco de desgaste e adoecimento. O ambiente hospitalar pode proporcionar estresse e agravos psíquicos neste trabalhador, pois é no ambiente laboral que se estabelecem as demandas de tarefas e nele o profissional experimenta variados graus de controle sobre as atividades que executa. Assim, o estresse laboral é resultado do desequilíbrio entre as demandas que o exercício profissional exige e a capacidade de enfrentamento do trabalhador, podendo resultar em sintomas de Burnout.

Jodas et al. (2009, p.195), enfatizam que,

A Enfermagem foi classificada pela *Health Education Authority* como a quarta profissão mais estressante. Além disso, encontra dificuldades em delimitar os diferentes papéis da profissão e, conseqüentemente, a falta de reconhecimento nítido entre o público, elevando a despersonalização do trabalhador em relação à profissão.

Pena e Minayo-Gomez (2010), falando sobre a compreensão da saúde do trabalhador na relação trabalho e saúde em ambiente hospitalar, nos apresenta dois aspectos das condições de saúde no processo de trabalho:

- a) O primeiro é o ambiente de trabalho que neste caso assemelha-se ao ambiente de consumo, e a forte interação entre trabalhador e usuário ou cliente que assume particularidades essenciais para a compreensão de dois campos da saúde coletiva: doenças e acidentes do trabalho relacionados à saúde do trabalhador; doenças e acidentes de consumo relacionados à saúde do consumidor (ANVISA, 2009).
- b) O segundo aspecto refere-se às relações psicossociais diversas presentes no cotidiano do serviço, que redimensionam a própria organização do trabalho diante da possibilidade de lidar diretamente com situações existenciais limítrofes como a

morte - no caso dos serviços de saúde - e o sofrimento extremo do consumidor. Esses conflitos geram tensões e traumas psíquicos decorrentes de agressões físicas e verbais variadas e que podem, não raramente, resultar em desfechos trágicos como acidentes de trabalho fatais praticamente ausentes dos processos de mineração, agrícola e industrial, pois o processo de trabalho se realiza por meio de uma relação direta com o cliente na relação mercadológica ou com o usuário do serviço público, podendo ou não assumir condições propícias ao adoecimento tanto do trabalhador como do consumidor. Essa característica fica mais evidente nos próprios serviços de saúde.

Pena e Minayo-Gomez (2010), ainda afirmam que para o hospital, princípios e ações do programa de saúde para os trabalhadores podem interagir com programas da comissão de controle de infecção hospitalar, de segurança do paciente e de humanização do atendimento em saúde, a exemplo do programa "Humaniza SUS". Este último tem como objetivo introduzir práticas éticas e humanas de saúde (Fortes, 2004, apud Pena, 2010) e assim substituir abordagens reducionistas de pacientes como objetos/produtos biológicos ou cibernéticos de processos de trabalho.

O autor coloca que a humanização do atendimento implica necessariamente na humanização do trabalho e conseqüente melhoria das suas condições adversas. A diminuição de índices de infecção hospitalar reduz, ao mesmo tempo, a ocorrência de doenças infectocontagiosas de natureza ocupacional para os trabalhadores e de enfermidades iatrogênicas para os pacientes. Assim como a melhoria da segurança dos pacientes significa redução conjunta de acidentes do trabalho e do usuário. Finalmente, a proteção aos trabalhadores e pacientes se associa à proteção ambiental com a introdução de tecnologias limpas na esfera hospitalar, cuja redução de emissões atmosféricas e de lixo hospitalar significa a melhoria de todo o ambiente de trabalho e de assistência ao doente. A co-produção inscrita no processo de trabalho desse serviço conforma a matriz para uma integração da gestão de programas de saúde para os trabalhadores e usuários em geral.

Martarello (2009), destaca que somente a partir de 1980 com a emergência da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids), foram programados estudos em instituições hospitalares brasileiras, identificando-se então o hospital como causador de doença aos seus usuários e trabalhadores.

Conforme Oliveira (2010), em um estudo conduzido por Marziale e Rozestraten em 1995, estes apontaram a presença de fadiga mental nos trabalhadores de enfermagem que atuavam em instituições hospitalares com esquema de trabalho em turnos alternados.

Trindade (2010, s/p), tratando da síndrome de Burnout em seu estudo entre profissionais da área de saúde da família, conceitua o seguinte:

A Síndrome de *Burnout* é associada ao trabalho, decorre da exposição prolongada aos estressores laborais e falta de apoio social o que gera desgaste físico e psíquico do trabalhador. Esta síndrome é caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas físicos e psíquicos, conseqüentes da má adaptação ao trabalho e com intensa carga emocional e pode estar acompanhada de frustração em relação a si e ao trabalho.

Jodas et al. (2009, p.193), trazem a seguinte contribuição sobre a Síndrome de Burnout

A síndrome de *burnout* manifesta-se através de quatro classes sintomatológicas, sendo: física, quando o trabalhador apresenta fadiga constante, distúrbio do sono, falta de apetite e dores musculares; psíquica observada pela falta de atenção, alterações da memória, ansiedade e frustração; comportamental, identificada quando o indivíduo apresenta-se negligente no trabalho, com irritabilidade ocasional ou instantânea, incapacidade para se concentrar, aumento das relações conflitivas com os colegas, longas pausas para o descanso, cumprimento irregular do horário de trabalho; e defensiva, quando o trabalhador tem tendência ao isolamento, sentimento de onipotência, empobrecimento da qualidade do trabalho e atitude cínica

Para Dal Pai e Lautert (2009), em pesquisa realizada com o profissional de enfermagem o controle dos sentimentos também foi um comportamento observado nestes profissionais frente às situações geradoras de desconforto e, por vezes, de crise, pela identificação com o sofrimento do outro. Essa alternativa é reconhecida como necessária para a sobrevivência nesse contexto de trabalho. A despersonalização do profissional de enfermagem tem sido considerada uma forma de proteção contra o sofrimento vivenciado. No limite entre a vida e a morte, na medida em que as condições oferecidas se mostrem precárias, o próprio trabalhador tenta resolver os problemas decorrentes da falta de racionalização e se reveste "de uma 'couraça' composta de frieza e distanciamento para suportar o próprio sofrimento do 'saber o que fazer', mas não 'ter as condições de fazer' [grifos da autora]".

Tem-se observado uma divisão técnica e social envolvendo o trabalho de enfermagem, mas que não está ligada ao processo de trabalho da própria

profissão. Quando ela divide o espaço hospitalar com outros profissionais da saúde, com objetos de trabalho diferenciados e com prestígios sociais diversificados, surgem repartições de atividades, tarefas e responsabilidades. Dessa repartição, emergem conflitos e relações de poder, com destaque para a figura do médico. Outras profissões que compõem a equipe de saúde, entre elas a enfermagem, se tornam auxiliares no processo de tratamento e cura, considerando-se que os médicos dominam o saber e têm o poder de definir as diretrizes e o trabalho em saúde. E desses conflitos geram uma pressão mental e um desconforto ao profissional de enfermagem pela ausência do reconhecimento das suas atividades laborais, o que tem causado alterações da subjetividade desses trabalhadores (PIRES, 1989 apud RAMOS, 2009).

Para Freitas (2009), dentre os diversos riscos ocupacionais a que estão submetidos os trabalhadores da área da saúde, pode-se enumerar os biológicos, físicos, químicos, psicossociais e também os ergonômicos. Tais riscos predispõem os trabalhadores a adoecer e sofrer acidentes de trabalho, agravado ainda mais pelo fato do trabalhador de enfermagem ter que cuidar, muitas vezes, um ser humano doente e enfraquecido pela dor e sofrimento e que pode vir a morrer.

As cargas psíquicas já existentes decorrentes do ambiente de trabalho, quer pela falta de liberdade, nas decisões pessoais, na divisão das tarefas de trabalho, na supervisão constante e no ritmo intenso de sua realização faz com que o profissional de saúde acarrete para si situações de ansiedade e tensão.

Dalarosa e Lautert (2009), colocam que a enfermagem é reconhecida como uma profissão estressante devido à exposição constante à sobrecarga física e mental, conflitos interpessoais, entre outros.

Para este autor, as situações de estresse, na enfermagem, decorrem principalmente de dois aspectos: o primeiro relaciona-se ao cuidado cotidiano do cliente/paciente e o segundo refere-se ao trabalho em hospitais, os quais exigem, por vezes, frequente troca de turno, alterando o ritmo circadiano, o que pode comprometer sua participação na vida familiar e social.

A influência das demandas ou dos estímulos ambientais e/ou pessoais nas respostas de estresse tem dominado, largamente, as investigações sobre estresse ocupacional. A teoria do estresse fundamenta-se na resposta do organismo aos estímulos do ambiente externo ou interno, sendo esta produzida por meio da avaliação da situação e da capacidade do indivíduo para responder aos estímulos.

Hanzelmann e Passos (2010), baseados em estudos sobre a saúde do trabalhador, coloca em evidência que a enfermagem entra na lista das profissões desgastantes, devido ao contato com doenças, expondo a equipe, do ponto de vista etiológico, a fatores de risco de natureza física, química, biológica e psíquica.

Atenção especial tem sido dada pelos pesquisadores da enfermagem para algumas características da organização do trabalho que permeiam o cotidiano da equipe de enfermagem e podem desencadear o estresse, como as jornadas de trabalho prolongadas e os ritmos acelerados de trabalho, a atitude repressora e autoritária de uma hierarquia rígida e vertical, a fragmentação das tarefas, a ausência de reconhecimento da enfermagem como essencial, a inadequação da legislação em seu exercício profissional. A falta de valorização gera um sentimento de inutilidade, remetendo à falta de qualificação e de finalidade do trabalho (HANZELMANN et al. 2010).

Batista et al. (2010), colocam que a qualidade de vida no trabalho (QVT), dos profissionais de enfermagem, encontra-se prejudicada nos aspectos referentes à remuneração salarial inadequada, desequilíbrio entre o processo de trabalho e a vida extra-organização, à ausência de perspectiva de ascensão na carreira, à estrutura organizacional burocrática e à escassez de recursos humanos.

A respeito dos riscos psicossociais a que estão submetidos os profissionais de enfermagem na prática laboral, destacam-se no ritmo de trabalho, com acúmulo de funções acarretando sobrecarga com repercussões físicas e psíquicas no corpo do trabalhador; acrescentando que de acordo com o Instituto do Trabalho Ambiente e Saúde (2005) os riscos psicossociais aos trabalhadores de enfermagem são agravados nas mulheres pela dupla jornada de trabalho (trabalho doméstico e trabalho remunerado). Paz (2009), verificou que entre os distúrbios psíquicos relacionados a estes profissionais estão a presença da fadiga mental e física, trazendo a expressão de cansaço geral, ou fadiga crônica ou patológica, as quais compreendem distúrbios do sono, irritabilidade, desânimo, e , às vezes a perda do apetite.

Mauro; Veiga (2008 apud SOUZA, 2009), contextualizam a esse respeito comentando que as condições de trabalho podem levar os profissionais de enfermagem a serem vítimas de problemas de saúde, apresentando dores lombares e em membros inferiores, estresse, alteração de humor, transtorno de sono, varizes e problemas oculares, dentre outros. A posição ortostática usada na

maior parte da jornada de trabalho, o mobiliário inadequado, os movimentos repetitivos e outras posturas inadequadas, também são fatores que prejudicam a saúde do trabalhador.

Souza et al. (2010, p. 240), tratando da prática do improviso, presente na vida laboral do profissional de enfermagem para possibilitar um atendimento quando tem que lidar com a falta de material, como por exemplo adaptar de equipamento de soro em equipamento de mensuração de PVC (Pressão Venosa Central), entre outros, colocam que:

A busca incessante para alcançar meios que assegurem o bem-estar do paciente tem gerado sentimentos de impotência e cansaço nos enfermeiros, já que eles se sentem frustrados com a realidade que é imposta no ambiente de trabalho. Isto é, apesar de conseguirem adaptar e improvisar os materiais, o contexto no qual são elaboradas estas “invenções”, de precarização, acabam por gerar o desânimo, a fadiga, a frustração nos enfermeiros. As necessidades pessoais do trabalhador de enfermagem e sua ansiedade em relação às circunstâncias com as quais ele se defronta geralmente prejudicam o tipo de atendimento que ele sabe dar e que gostaria de poder dar, podendo causar sofrimento no profissional.

Conforme Bulhões (1994 apud BELANCIERI et al., 2010), a enfermagem constitui-se o maior grupo de trabalhadores na área de saúde. É responsável por 60% das ações, prestando assistência 24 horas por dia, cuidando da saúde da população. É a categoria que mais contato tem com o ambiente de saúde e com os doentes, num clima de dor e sofrimento. Realidade também vista por Belancieri et al. (2010), através de estudos relevantes sobre este assunto, nos anos 2003; 2005; 2007, observou que o ambiente de trabalho da enfermagem constitui-se de inúmeros elementos estressores, o que pode comprometer a saúde e a qualidade de vida dos trabalhadores, comprometendo também os serviços prestados por estes profissionais.

Braga et al. (2010), em estudo a respeito das “condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde” concluiu que os médicos apresentaram menor índice de transtornos mentais comuns por terem uma posição de destaque na equipe de saúde e a possibilidade de ter outros vínculos de trabalho e maior remuneração. Para este autor, as categorias de maior índice de transtornos mentais comuns foram os profissionais em escalões hierárquicos inferiores, recebendo salários mais baixos e, em geral, submetidos a maiores exigências quanto ao cumprimento de horários, tais como auxiliar de

serviços gerais, auxiliar de consultório dentário, auxiliar de enfermagem, auxiliar administrativo e agente comunitário.

Wai (2009), em estudo realizado com Agentes Comunitários de Saúde, sobre a sobrecarga e estratégias de enfrentamento cita além do estresse ocupacional, a dificuldade no relacionamento interpessoal no trabalho, elementos ou situações vivenciadas na prática laboral junto as famílias visitadas e envolvidas no processo de trabalho (usuários) destes profissionais. São elencados os seguintes fatores responsáveis pela sobrecarga emocional : filhos; violência doméstica; uso e abuso de drogas ilícitas; desemprego e falta de recursos financeiros para sobrevivência; envolvimento excessivo com a microárea em que atua; sentimentos de angústia, inutilidade e frustração diante da resistência e incompreensão dos usuários; problemas graves de saúde ou de relacionamento familiar e situações de morte dos usuários.

Trindade et al (2010, s/p), traduz o seguinte conceito a respeito do trabalhador da Estratégia de Saúde da Família:

Os trabalhadores inseridos nesse modelo de atenção à saúde ficam expostos à realidade destas comunidades nas quais os recursos são escassos para atender as complexas demandas com as quais se deparam. Somam-se a isto, algumas falhas na rede de atenção à saúde que se refletem no trabalho e afetam a resolatividade das ações. Os membros da ESF também se deparam com ambientes, muitas vezes, perigosos, insalubres e propícios a riscos à saúde, o que se adiciona às pressões e exigências do próprio trabalho e favorece o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* e outras doenças relacionadas ao trabalho.

Conforme o que destacam Santos e Cardoso (2010), os profissionais de saúde mental apresentam um diferencial de sobrecarga emocional, que a própria prática laboral o submete, trazendo com isso um diferencial dos outros profissionais de saúde. Pode-se considerar que os profissionais desta área vivenciam o *stress* com sintomatologia física, apresentam dificuldades em relação ao trabalho, tendo em vista que o seu trabalho exige contato direto com situações que levam à vulnerabilidade emocional. Para Moore; Cooper, (1996, CARVALHO; MALAGRIS, 2007 apud SANTOS e CARDOSO, 2010), o ambiente de trabalho destes profissionais poderia levar à sua vulnerabilidade, à tensão psicológica e à exaustão emocional, devido às altas exigências emocionais que estes profissionais enfrentam. Sugerem que o contato direto com o sofrimento do usuário no contexto da assistência em saúde torna o profissional suscetível às manifestações de *stress* e também a síndrome de burnout.

Especificamente para o setor público de saúde, do âmbito municipal ao federal, é premente a necessidade de consolidar ações de saúde do trabalhador que abranjam da vigilância à assistência em seu sentido amplo. Porém, a limitada intervenção da Saúde Pública num campo que nunca foi objeto central de preocupação, agudizada pelos percalços da gestão financeira e de recursos humanos na implementação do Sistema Único de Saúde, tem se refletido na tendência de tratar como questão menor a atenção integrada, mas diferenciada, aos trabalhadores. Essa ausência de respostas efetivas vem servindo de justificativa para que o setor privado se incumba gradativamente de determinadas tarefas que, em princípio, seriam um compromisso fundamental do Estado.

A avaliação dos aspectos relacionados à dimensão psicossocial do trabalho tem sido objeto de estudos recentes em saúde e trabalho. Assim, diversas propostas teóricas e metodológicas vêm sendo elaboradas na perspectiva de apresentar modelos para estudo dessa dimensão.

Através do processo trabalho e saúde, pode-se analisar as concepções sobre estresse psicológico; e, na perspectiva empírica, avaliar as relações entre organização do trabalho e saúde psíquica.

A Organização Mundial de Saúde (1998), após uma pesquisa internacional sobre estresse no trabalho, concluiu que apesar de serem conhecidos muitos fatores que causam estresse, pouco se sabe sobre o tema em países em desenvolvimento, especialmente acerca dos aspectos psicossociais do estresse, por não existirem instrumentos adaptados a diferentes culturas, para monitorar o estresse do trabalhador.

Atualmente a psicopatologia do trabalho, faz uma reflexão sobre o sofrimento psíquico advindo da forma como o trabalho se organiza afirmando que o sofrimento começa quando o trabalhador usou tudo que estava a seu alcance em termos de conhecimento e de poder na organização do trabalho, e mesmo assim ele não pode mais mudar nem sua tarefa, nem a forma como ela é feita. Este ramo da psicologia destaca, ainda, a importância do reconhecimento da forma de organização do trabalho para minimizar o sofrimento decorrente do conflito existente entre a organização real e a prescrita.

O reconhecimento está no centro da construção da identidade, pois cada trabalhador possui um desejo de realizar coisas e de se auto-realizar e para isso ele vai investir seus esforços, tentando expressar o que ele é e o que quer ser.

4.2.3 A atenção psicossocial do trabalhador de saúde: possibilidades de inovação na inserção do modelo Implementado no SUS.

Alguns aspectos do adoecimento psíquico tem sido citados nos estudos científicos que tratam sobre a saúde do trabalhador, em sua maioria a Síndrome do Burnout. No entanto tratar dos aspectos psicossociais referente à saúde do trabalhador em saúde é ainda um estudo muito incipiente, não tendo sido encontrado no período proposto a este estudo nenhum artigo abordando o tema, especialmente o processo histórico. Alguns aspectos são tratados em artigos sobre a saúde do trabalhador, porém a abordagem encontrada sobre o tema direcionava o estudo à atenção psicossocial na perspectiva da desinstitucionalização, trazendo todo o histórico da loucura e da reforma psiquiátrica o que não é o foco de estudo principal deste trabalho. Contudo o enfoque a respeito da implantação dos Centros de Atenção Psicossocial, trazidos com a reforma psiquiátrica, inovou a atenção à assistência ao adoecimento psíquico, conseqüentemente dando um melhor apoio ao tratamento e acompanhamento do trabalhador de saúde, o que será abordado a seguir.

Apenas Pinheiro (2009), tratou de estudar a respeito de aspectos psicossociais da saúde do trabalhador, com o trabalho intitulado “*Pesquisas científicas relacionadas aos aspectos psicossociais da saúde do trabalhador em publicações do Brasil no período de 1997 a maio de 2007*”. Esta autora trouxe importantes contribuições diante do levantamento histórico sobre os aspectos psicossociais da saúde do trabalhador.

Para a autora, a visão ampla a respeito do processo psicossocial do trabalhador, já era visto como um fator gerador e modificador das condições de viver, adoecer e morrer dos homens, desde a revolução industrial onde surgiu uma nova situação: o trabalho em ambientes fechados, às vezes confinados, a que se chamou de fábricas. Nesta época a maioria da mão de obra era composta de mulheres e crianças que sofriam a agressão de diversos agentes, oriundos do processo e/ou ambiente de trabalho. A aglomeração humana em espaços inadequados propiciava a acelerada proliferação de doenças infecto-contagiosas, ao mesmo tempo em que a periculosidade das máquinas era responsável por mutilações e mortes.

A atenção psicossocial é uma preocupação constante da gestão já há algum tempo, mas foi a partir da reforma psiquiátrica que teve seu marco importante no tratamento, pois modificou o sistema de tratamento clínico da doença mental, eliminando gradualmente a internação como forma de exclusão social. Este modelo que tinha como base a internação tem sido substituído por uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial, visando a integração da pessoa que sofre de transtornos mentais e a comunidade.

Camatta e Schneide (2009, s/p), dizem que:

O século XX foi marcado por novos olhares sobre a atenção em saúde mental, o que desencadeou um processo de novas maneiras de assistir em saúde mental. Neste período surgiram diversas propostas de reforma psiquiátrica, dentre as quais se destacaram a Psicoterapia Institucional, a Comunidade Terapêutica, Psiquiatria de Setor, Psiquiatria Comunitária, Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana. No entanto, foi este último, também conhecido como movimento de desinstitucionalização que inspirou o movimento de reforma psiquiátrica brasileiro na década de 1970.

Segundo Devera (2007), a reforma psiquiátrica no Brasil é um movimento histórico de caráter político, social e econômico influenciado pela ideologia de grupos dominantes, muito influenciada pela psiquiatria italiana, em meados dos anos 80, e no Brasil, marcado pelo final da ditadura, que abriu possibilidade de mudanças no setor da saúde e permitiu a participação de outros setores, que não os médicos, nesse processo. Este movimento propunha o questionamento da suposta universalidade do racionalismo científico das psiquiatrias, desvelando sua pretensa neutralidade e a abertura de outras possibilidades de atenção, espaços e avanços técnicos.

Esta tendência propiciou a implementação de experiências de hospitais-dia; a inserção do movimento psicanalítico em vários setores, a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro, em 1987; a criação do Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz Cerqueira, em São Paulo, no mesmo ano; a intervenção, em 1988, na Casa de Saúde Anchieta, e, Santos e o Projeto Lei do deputado federal Paulo Delgado (PT-MG), que refere-se a Lei 10.216 da Reforma Psiquiátrica, estabelecendo um novo modelo de tratamentos mentais no Brasil. (DEVERA, 2007).

Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), muitos municípios passaram a desenvolver ações substitutivas na Saúde Mental, em especial aqueles que buscaram viabilizar, em todos os setores da saúde, os direitos constitucionais

de seus usuários. Foram realizadas algumas experiências exitosas no campo da Saúde Mental, em alguns municípios do Estado de São Paulo, ocorridas a partir da década de 1990. Tais municípios assumiram, com relação à Saúde Mental, o desafio de não apenas avançar na humanização das relações entre sujeitos, sociedade e instituições psiquiátricas como também mostraram que era possível cuidar das pessoas consideradas doentes mentais, no território, de maneira a produzir vida e não mais a prostração, promover a cidadania, no lugar da desqualificação social, e romper com a segregação e favorecer a inserção social dos usuários. Enfim, criaram novas tecnologias de cuidados para o setor, bem como construíram um outro lugar social para a loucura que não fosse o da anormalidade, da periculosidade, da irresponsabilidade, da incompetência, da insensatez, do erro, do defeito e da incapacidade, pois os objetivos estavam centrados na inclusão, na solidariedade e na cidadania (LUZIO; L'ABBATE, 2009).

E ainda, Luzio e L'abbate (2009), enfatizam que na década de 1990, o Ministério de Saúde (MS) passou a propor uma política de Saúde Mental a partir das experiências municipais inovadoras, associadas às reflexões e às propostas operadas pelo movimento da reforma psiquiátrica, possibilitando aos gestores, aos profissionais, aos usuários e à sociedade civil o conhecimento e o acesso a um novo projeto de atenção em Saúde Mental.

Mas, somente em 2001, após anos de tramitação no Congresso Nacional, é que foi aprovada a Lei n.º 10.216 que discorre sobre os direitos da pessoa portadora de transtorno mental; preconiza o acesso a um tratamento humanizado, respeitoso e em ambiente terapêutico; o tratamento é direcionado para a manutenção ou reinserção da pessoa com transtornos mentais em seu ambiente familiar, comunitário e laboral além da garantia e proteção contra abuso e exploração com tratamento preponderante em serviços comunitários, priorizando a criação de recursos extra-hospitalares, indicando a internação hospitalar como último recurso assistencial (CASSANDRI; SILVA, 2009).

Ribeiro e Luzio, (2008), tratam a reforma psiquiátrica, como um processo de construção de um novo modelo institucional para o cuidado de pessoas com sofrimento psíquico, sendo construído com esta mudança um novo modelo, que denominou de atenção psicossocial, modelo este que encontrou diversas dificuldades relacionadas à construção de estratégias capazes de viabilizar a mudança da atenção em saúde mental no País. Entre essas dificuldades, destaca-

se a formação acadêmica dos profissionais, ainda não comprometida com a saúde coletiva e a atenção psicossocial, em especial o psicólogo, que centraliza seu atendimento no modelo clínico liberal.

Guedes et al. (2010), colocam que foi somente a partir dessa proposta de reconstrução da assistência psiquiátrica que surgiram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que foram, regulamentados conforme a portaria do nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estes serviços constituem-se em estratégicos, substitutivos ao modelo manicomial e são caracterizados por porte e clientela, recebendo as denominações de: CAPS I (serviço aberto e comunitário para tratamento interdisciplinar de pessoas com transtornos mentais, como psicóticos, neuróticos graves etc.), CAPS II (também são serviços de médio porte), CAPS III (serviço extra-hospitalar que funciona 24 horas, diariamente, para pacientes com sofrimento psíquico, como transtornos depressivos, ansiosos, de personalidade, psicóticos etc.), CAPS i (oferece tratamento interdisciplinar para crianças e adolescente com sofrimento psíquico) e CAPS ad (Centro de Atenção Psicossocial: oferece atendimento interdisciplinar diário e intensivo para pessoas com transtornos mentais decorrentes da dependência do álcool e outras drogas).

Kantorski et al. (2009); Tomasi (2010), conceituam os CAPS como um modelo de atenção em saúde mental que busca uma abordagem integral dos indivíduos e de seus familiares.

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu "território", o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004)

Percebe-se com isso que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) devem estar capacitados para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Além disso, deverão funcionar independente de qualquer estrutura hospitalar.

O Ministério da Saúde (2004), em prol da melhor compreensão da utilização e ação dos Centros de Atenção Psicossocial através de Manual explicativo traz as seguintes informações:

Atendimento Intensivo: trata-se de atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário;

Atendimento Semi-Intensivo: nessa modalidade de atendimento, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Essa modalidade é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário;

Atendimento Não-Intensivo: oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês. Esse atendimento também pode ser domiciliar.

Barros e Bessa (2010), em seus estudos concluíram que a constituição do modelo de atenção em saúde mental instaura um período paradigmático ao apresentar elementos de ruptura com antigas concepções e fundamentos na elaboração de novos saberes e práticas no campo psicossocial.

Existe a necessidade de se trabalhar a Saúde Mental numa perspectiva de rede de atenção onde os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) sejam responsáveis pela organização da rede, posicionando-se como uma referência para os demais serviços nas questões que envolvem sofrimento mental. Tal posicionamento exige que esses serviços respondam a dois mandatos: cumprir com sua função de saúde pública, respondendo na cultura pelo endereçamento da loucura, e fazê-lo segundo uma clínica sustentada no acolhimento e no acompanhamento singular da construção subjetiva feita por cada paciente (MIRANDA, 2010).

Sendo assim observa-se que a reforma psiquiátrica surgiu como um processo de desinstitucionalização que possibilitou aos profissionais, familiares e sociedade de modo geral rever conceitos, métodos e formas de lidar com o sofrimento psíquico; tratando o cuidado com a saúde mental de forma mais humanizada, construindo espaços de debate, solidariedade, afetividade, ou seja, espaços psicossociais (SCANDOLARA et al. 2009; apud TONINO & KANTORSKI, 2005). Para a construção de uma rede de atenção à saúde mental, fazem-se necessários recursos afetivos, sanitários, sociais, econômicos, culturais, religiosos e de lazer para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado (PAIXÃO et al. 2009).

O Ministério da Saúde (2004, apresenta os CAPS como instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua

integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica.

4.2.4 Atendimento em saúde mental do trabalhador de saúde: um modelo de uma experiência exitosa na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco

Partindo de uma experiência solitária e atendendo as necessidades daqueles servidores que solicitavam. Este atendimento surgiu através da iniciativa de uma psicanalista que em 1995, por conta própria, resolveu atender aos “servidores” lotados no nível central da SES/PE, pois observara que este público buscava, na maioria das vezes, resolução às suas dificuldades laborativas e/ou na vida privada. Por se tratar de uma atividade extra-oficial, não havia local e horário determinados para os atendimentos, sendo estes, constantemente inviabilizados por falta de salas adequadas.

Algum tempo depois foi criada a Divisão de Apoio Psicossocial (DIAPS) que estava vinculada ao setor de vale-transporte. A divisão era chefiada por uma psicóloga que respondeu sozinha pelo setor durante muito tempo. Em 2003 foi incorporada uma assistente social, devido ao aumento das demandas, principalmente referentes a questões funcionais que fugiam ao domínio da psicóloga. Somente em junho de 2005 a DIAPS é elevada ao nível de unidade, possuindo administração própria, e depois passando para UNIAPS.

A demanda apresentada a Unidade de Apoio Psicossocial (UNIAPS), são os “servidores” que se encontram em dificuldades no ambiente de trabalho; no relacionamento interpessoal ou na produtividade. Pode haver o que se chama de demanda espontânea, isto é, quando o funcionário procura a unidade por conta própria mas, na maioria das vezes os trabalhadores são encaminhados pelo setor de Recursos Humanos dos locais de exercício profissional que em grande parte são hospitais.

Os “servidores” são assistidos na UNIAPS até que suas condições laborativas sejam sanadas, para assim serem encaminhados ao setor de trabalho anterior ou re-lotados em outro setor. Os principais problemas apresentados pelos

“servidores” são os relacionados à saúde mental, como alcoolismo e depressão, estresse pós-traumático e síndrome de Bornout.

Para atender às demandas de seus usuários, a UNIAPS lança mão de uma equipe multidisciplinar formada por assistentes sociais, psicólogas, psiquiatra e terapeuta ocupacional; desenvolvendo atividades de forma individual ou em grupo, psicoterapia, atendimento psiquiátrico, grupo de bioenergética, tabagismo e o retorno assistido.

O acolhimento, considerado o primeiro atendimento é realizado por qualquer profissional técnico do serviço; tendo como objetivo identificar a natureza da problemática apresentada pelo “servidor” e/ou encaminhá-lo aos serviços disponíveis na própria unidade ou na rede de atenção à saúde em outros lugares. Realiza ainda, acompanhamento de questões funcionais com o grupo de retorno assistido; informa e orienta sobre direitos e deveres dos funcionários públicos estaduais. Existe ainda em parceria com o Ministério da Saúde o grupo de tabagismo, dentre outras atividades; o que tem trazido um extraordinário diferencial no que se refere ao atendimento ao adoecimento mental do servidor da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco, tendo como enfoque principal a atenção biopsicossocial.

Hoje este atendimento cresceu com grande êxito e muito trabalho, tendo uma dimensão maior, localizado dentro do Programa QualiVida que mantém pequenos núcleos nas unidades de saúde de todo estado, em especial nos hospitais, chamados de Núcleos de Assistência Psicossocial (NUAPS), atendendo a pequenas demandas dos assistidos e quando necessário o encaminhamento para unidades de melhor acolhimento e atenção àquele servidor.

5 CONCLUSÃO

Saúde mental do Trabalhador de Saúde”, tema proposto para este trabalho é um tema relativamente novo e que precisa ser pesquisado com mais profundidade em sua íntegra pelo meio científico; porém foi observado durante este estudo que os poucos artigos que traziam algo diretamente relacionado ao assunto se referiam a saúde do trabalhador, comentando de forma ampla os adoecimentos que acometem o trabalhador de modo geral.

Especificamente em relação a saúde mental do Trabalhador de Saúde, foi observado que a maior parte dos artigos se referiam ao profissional de enfermagem, trazendo citações não só do esforço físico diante das longas jornadas de trabalho, como também sobre o estresse e o adoecimento psíquico, como a Síndrome de Burnout.

A pressão exercida na organização, e conseqüentemente a má adequação a normas rígidas exercidas no trabalho, a jornada excessiva, os baixos salários, a infra-estrutura deficiente e a falta de reconhecimento pelos membros da equipe além de trabalhar diante da visão do adoecer e do morrer foram questões discutidas, durante este estudo, pois estes fatores comprometem diretamente a forma de adoecimento psíquico do trabalhador de saúde.

Os profissionais que lidam com ambiente hospitalar, por se tratar de um ambiente altamente ansiogênico diante do contato freqüente com a dor e sofrimento têm um grau de sofrimento psíquico bastante evidenciado o que gera conseqüências para a insatisfação com o trabalho.

Observou-se que os fatores psicossociais são determinantes no modo de viver e adoecer dos trabalhadores, sendo considerado um dos fatores que mais causam sofrimento a saúde em seus mais variados aspectos, portanto, torna-se relevante conhecer suas implicações a fim de evitá-los nos ambientes de trabalho, e promover medidas que possam assegurar o bem estar relacionado a estes.

A título de reflexão sobre ações que promovam satisfação no trabalho e saúde dos trabalhadores, sugere-se que sejam criadas novas diretrizes e mudanças na concepção e organização direcionadas para os aspectos psicossociais no trabalho.

REFERÊNCIAS

AMARAL, A. L. V. **Dimensões psicossociais do trabalho precarizado e do desemprego em meio à atual crise socioeconômica mundial**. Disponível em: <www.estudosdotrabalho.org/anais_vii_7_seminario_trabalho_ret_2010/André_Luis_Vizzacaro_Amaral_dimensões_psicossociais_do_trabalho_precarizado_e_do_desemprego_em_meio_a_atual_crise_socioeconomica_mundial_.pdf>. Acesso em: 9 out. 2010.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011.

BARROS, M. M. M.; BESSA, M. S.; PINTO, A. G. A. Prática de saúde mental na rede de atenção psicossocial: a produção do cuidado e as tecnologias das relações no discurso do sujeito coletivo. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 72-83, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/Article/515>>. Acesso em: 15 mar. 2011.

BELANCIERI, M. F. et al. A resiliência em trabalhadores da área de enfermagem. **Revista Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 27, n. 2, abr./jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103166X2010000200010>. Acesso em: 03 mar. 2011.

BEZERRA, M. L. S.; NEVES E. B. Perfil da produção científica da saúde do trabalhador. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 2, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000200014>. Acesso em: 08 fev. 2011.

BOUYER, G. C. **Contribuição da psicodinâmica do trabalho para o debate: o mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador**. Disponível em: <www.fundacentro.gov.br/.../RBSO%20122%20Contribuição%20da%20psicodinâmica.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2011.

BRANT, L.C. MINAYO GOMEZ, C. Manifestação do Sofrimento e Resistência ao Adoecimento na Gestão do Trabalho. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 2, abr./jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000200007>. Acesso em: 24 fev. 2011.

BRASIL. Ministério Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, DF, 2004.

CAMATTA, M. W.; SCHNEIDE, J. F. O trabalho da equipe de um centro de a Atenção psicossocial na perspectiva da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342009000200019&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em 17 fev. 2011.

CASSANDRI, J. L.; SILVA, A. L. A. As contribuições da copa da inclusão para a consolidação do campo psicossocial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342009000200018&script=sci_arttext>. Acesso em: 17 mar. 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS DE SAÚDE (Brasil). **Gestão do Trabalho na Saúde/Conselho Nacional de Secretarias de Saúde**. Brasília, DF, 2007.

DAL PAI, D.; LAUTERT, L. Estratégias de enfrentamento do adoecimento: um estudo sobre o trabalho da enfermagem. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 60-65, jan./fev. 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ape/v22n1a10v22n1.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2011.

DALAROSA, M. G.; LAUTERT, L. Acidente com material biológico no trabalho de enfermagem em um hospital de ensino: estudo de caso controle. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 19-26, mar. 2009. Disponível em: <seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/.../3291/6551>. Acesso em: 07 fev. 2011.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1987.

DEVERA, D. Marcos teóricos da reforma psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da UNESP**. São Paulo, v. 6, n. 1, p. 60-79. 2007. Disponível em: <www.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewFile/46/88>. Acesso em: 28 mar. 2011.

FARIA, H. X.; ARAUJO, M. D. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 2, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000200018>. Acesso em: 13 nov. 2010.

FREITAS, J. R. et al. Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em profissionais de enfermagem de um hospital universitário. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 904-911, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a16.pdf>>. Acesso em: 07 fev. 2011.

GIBERT, M. A. P, CURY, V. E. Saúde mental e trabalho: um estudo fenomenológico com psicólogos organizacionais. **Revista Boletim de Psicologia**, São Paulo, v. 59, n. 130, jun. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000659432009000100005>. Acesso em: 24 fev. 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GUAZINA, L. et al. Musicoterapia institucional na saúde do trabalhador: conexões, interfaces e produções. **Revista Psicologia e Sociedade**, Florianópolis, v. 21, n. 1, jan./abr. 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/psoc/v21n1/13.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2011.

GUEDES, A. C. et al. A mudança na práticas em saúde mental e a desinstitucionalização: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, 547-53, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a19.htm>>. Acesso em: 24 fev.2011.

HANZELMANN, R. S.; PASSOS J. P. Imagens e representações da enfermagem acerca do stress e sua influência na atividade laboral. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 694-701. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/20.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2011.

JODAS, D. A. et al. Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 197-7. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n2/a12v22n2.pdf>>. Acesso em: 07 fev. 2011.

KANTORSKI, L. P. et al. Avaliação da quarta geração: contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 13, n. 31, out./dez.2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832009000400009&lng=pt>. Acesso em: 17 mar. 2011.

KANTORSKI, L.P. et al. Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43,

n. 1, p. 29-35, ago.. 2009. Disponível em: <[br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000800006&lng=pt](http://br.scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000800006&lng=pt)>. Acesso em: 21 mar. 2011.

KIRCHOF, A. L. C. et al. Condições de trabalho e características sócio-demográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 215- 223, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/03.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2011.

LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica: **Revista Ciência. & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, jan./fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000100016&lng=pt>. Acesso em: 17 mar.2011.

MARTARELLO, N. A. Qualidade de vida e sintomas osteomusculares em trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 422;428. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a23v43n2.pdf>>.Acesso em: 17 mar. 2011.

MARTINS, J. T. et al. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1107:11. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400036>. Acesso em: 24 mar.2011.

MARTINS, P. F. et al. Afastamento por doença entre trabalhadores de saúde em um hospital público do Estado da Bahia. **Revista brasileira Saúde ocupacional**. São Paulo, v. 34 n.1 20, p. 172-178, 2009. Disponível em: <<http://www.fundacentro.gov.br/rbso/BancoAnexos/RBSO%20120%20Afastamento%20por%20doença.pdf>>. Acesso em: 07 fev. 2011.

MIRANDA, L. Análise das equipes de referência em saúde mental:uma perspectiva de gestão da clínica. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.6, p. 1153-1162, jun, 2010. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csp/v26n6/09.pdf. Acesso em:21 mar. 2011.

OLIVEIRA, J. A. (Org.). **Qualidade de vida e saúde no trabalho no serviço público estadual**: experiências, reflexões dos servidores do Rio Grande do Norte. Natal; EdUFRN, 2009.

PAZ, A. F. **Relação entre fatores de risco no ambiente hospitalar e a saúde dos trabalhadores de enfermagem**. 2009. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

PAIXÃO, C. et al. Análise da prevalência dos transtornos psíquicos na região metropolitana do Recife. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, jan./fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100032&lng=pt>. Acesso em: 17 mar. 2011.

PENA, P. G. L; MINAYO-GOMEZ, C. Premissas para a Compreensão da Saúde dos Trabalhadores no Setor Serviço. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.19, n.2, p.371-383, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n2/13.pdf><http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n2/13.pdf>. Acesso em 07 fev. 2011.

PINHEIRO, D. L. S. **Pesquisas científicas relacionadas aos aspectos psicossociais da saúde do trabalhador em publicações do Brasil no período de 1997 a maio de 2007**. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/pesquisas-cientificas-relacionadas-aosaspectos-psicossociais-da-saude-do-trabalhador-em-publicacoes-do-brasil-no-periodo-de1997-a-maio-de-2007/29950/>>. Acesso em: 08 fev. 2011.

PUSCHEL, V. A. A.; IDE, C.C.; CHAVE, E. C. Modelos clínicos e psicossociais de atenção ao indivíduo e a família na assistência domiciliar – bases conceituais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 261-268. 2006. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/247.pdf>>. Acesso em: 17 fev.2011.

RAMOS, E. L. **A qualidade de vida no trabalho: dimensões e repercussões na saúde do trabalhador de enfermagem de terapia intensiva**. 2009. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.btd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1374>. Acesso em: 07 fev. 2011.

REZIO, L. A. Equipes e condições de trabalho nos centros de atenção psicossocial em Mato Grosso. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, Abr./Jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000200019>. Acesso em: 17 mar.2011.

RIBEIRO, S. L.; LUZIO, C. A. As diretrizes curriculares e a formação do psicólogo para a saúde mental. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, Abr./Jun.2010. Disponível em: <periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/.../355>. Acesso em: 15 mar.2011.

SANTOS, A. F. O.; CARDOSO, C. L. Profissionais de Saúde Mental: estresse, enfrentamento e qualidade de vida. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 543-548, jul./set. 2010. Disponível em: <www.assisunesp.br/revpsi/index.php/revista/article/viewFile/46/88>. Acesso em: 24 mar. 2011.

SCANDOLARA, A. S. et al. Avaliação do Centro de Atenção Psicossocial Infantil de Cascavel – PR. **Revista Psicologia e Sociedade**. Florianópolis v. 21, n.3, set/dez. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822009000300006&pid=S0102-71822009000300006. Acesso em 07 fev. 2011.

SILVA, E. S. et al. Saúde do trabalhador no início do século XXI. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 185-186. Disponível em: <http://www.fundacentro.gov.br/rbso/BancoAnexos/RBSO%20122%20editorial%20Saúde%20do%20Trabalhador%20sec%20XXI.pdf>. Acesso em: 17 fev.2011.

SOUZA, N. V. D. O. Repercussões psicofísicas na saúde dos enfermeiros da adaptação e improvisação de materiais hospitalares. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 236-243, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n2/04.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2011.

TAVARES, D. S. **O sofrimento no trabalho entre servidores públicos: uma análise psicossocial do contexto de trabalho em um tribunal judiciário federal**. 2003. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Saúde Ambiental, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6134/tde-20032004-083408/ptbr.pnp>. Acesso em: 19 out. 2010.

TOMASI, E. Efetividade dos Centros de Atenção Psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, abr.2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/22.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2011.

TRINDADE, L. L. et al. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44,

n. 2, p. 274-9. 2010. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=50080-62342010000200005>. Acesso em: 18 mar.2011

VIEIRA, C. M.; CORDEIRO, M. P. **Trabalho e subjetividade: intervenção psicossocial envolvendo uma equipe de profissionais do “Programa de saúde da família”**. Arquivo brasileiro de psicologia, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1/2, p. 58-74, jan./dez. 2005. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=5180952672005000100006&script+sci-artlex>>. Acesso em: 08 out. 2010.

WAI, M. F. P. et al. **O trabalho do agente comunitário de saúde: fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento**. Disponível em: <www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a19.pdf>. Acesso em 07 fev. 2011.