

ANÁLISE DAS ESTRATÉGIAS DE GERENCIAMENTO DE RISCO NO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM UM CAPS

Analysis of management strategies of risk at work of health professionals in a CAPS

RUAS, Synara Xavier¹

MENDES, Davidson Passos²

RESUMO

Estudos apontam que os constrangimentos enfrentados em situação de trabalho, pelos trabalhadores da saúde, têm levado a um expressivo aumento no adoecimento desses profissionais. Além da presença dos riscos visíveis no ambiente de trabalho, os profissionais ainda lidam com situações não previstas. Nesse contexto, a invisibilidade configura-se como um processo árduo, mas necessário para gerir os riscos e promover saúde e segurança no ambiente laboral. O objetivo do estudo, do tipo exploratório, é fazer um levantamento das condições de trabalho dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), de modo a compreender a atividade dos mesmos e identificar as estratégias utilizadas por esses profissionais para gerir a violência física e psíquica presentes nesse cenário. A abordagem metodológica deste estudo foi baseada na Análise Ergonômica do Trabalho (AET), como propedêutica, e na Análise Ergológica, no aprofundamento epistemológico, com a participação de 16 profissionais da saúde, entre efetivos e contratados. Os resultados revelaram que o desacordo entre a proposta do novo modelo implantado no setor, proposto pela Reforma Psiquiátrica, e a desconstrução do antigo tem contribuído para gerar impactos na saúde dos trabalhadores, uma vez que as estratégias - individuais e coletivas - para gerenciar os riscos perpassam pela complexidade do serviço de assistência ao paciente psiquiátrico.

Palavras-chave: Riscos ocupacionais. Ergonomia. Profissionais da saúde.

ABSTRACT

Studies show that the constraints faced by health workers has led to a significant increase in the disease of these professionals. Besides the presence of visible risks in the workplace, professionals also deal with unforeseen situations. In this context, the invisibility is configured as an arduous process, but necessary to manage the risks and promote health and safety in the work environment. The purpose of the study, the exploratory, is to survey the working conditions for professionals in a Psychosocial Care Center (CAPS), in order to understand the activity of these and identify the strategies used by these professionals to manage physical violence and psychic gifts in this context. The methodological approach of this study was based on Ergonomic Work Analysis (EWA), with the participation of 16 health professionals, including effective and contractors. The results showed that the disagreement between the proposed new model implemented in the sector, proposed by the Psychiatric Reform, and the deconstruction of the former, has contributed to generate impacts on the health of workers, since the strategies - individual and collective - to manage risks run through by the complexity of the psychiatric patient care service.

Keywords: Occupational risks. Ergonomics. Health professionals.

¹ Graduada em Engenharia de Saúde e Segurança, pela UNIFEI/Campus Itabira. E-mail: <synara_xavier@hotmail.com>.

² Doutor em Educação, Mestre em Engenharia de Produção, Graduado em Fisioterapia, todos pela UFMG. Professor adjunto da Universidade Federal de Itajubá (UNIFEI)/Campus Itabira, área Saúde do Trabalhador. Grupo de Estudo em Saúde e Segurança no Trabalho (GESSTra). E-mail: <davidsonpmendes@gmail.com>.

1. INTRODUÇÃO

A relação saúde-doença, associada à atividade de trabalho, tem sido discutida por vários especialistas e se tornou tema em diversos estudos (ANDERSON; FITZGERALD; LUCK, 2010; FARRELL; BOBROWSKI; BOBROWSKI, 2006; FRANZ *et al.*, 2010; LAU; MAGAREY, 2006). Nesse cenário, o comprometimento das condições físicas, cognitivas e psíquicas dos trabalhadores tem revelado as impossibilidades, cada vez maiores, de regulações (individual e coletiva) frente ao que é demandado pela organização do trabalho.

Atenção especial tem sido dada a estudos na área da saúde, pois este campo tem se mostrado como um importante e grave foco de problemas relacionados à Saúde do Trabalhador e à Segurança do Trabalho e exigido, de modo crescente, intervenções preventivas (ECHTERNACHT, 2008; MENDES *et al.*, 2008; SILVA, 2010), e na área de saúde mental, cujas necessidades têm crescido e se tornado cada vez mais complexas, exigindo uma permanente atualização e diversificação das formas de mobilização e articulação política, de gestão e de construção de estratégias inovadoras de cuidado (ALMEIDA, 2012; MENDES, 2014; SILVA, 2016).

Diversos artigos revelam questões relativas às condições de desempenho no trabalho e as repercussões das condições de execução do trabalho sobre a saúde das populações trabalhadoras envolvidas na assistência em saúde mental, cujo espaço e técnica estão em profunda transformação estrutural (ALMEIDA, 2012; MENDES, 2008; SILVA, 2010).

Essa transformação estrutural diz respeito à Reforma Psiquiátrica brasileira, seus debates e embates com a Psiquiatria Tradicional e a complexidade e as contradições na sua implantação e, também, mudanças na clínica com uma nova orientação no cuidado ao paciente.

A reforma psiquiátrica brasileira, iniciada na década de 1980, no período de redemocratização do país, instituiu a ideia de saúde mental em detrimento de doença mental. O modelo de psiquiatria comunitária e preventiva buscava remodelar o cotidiano dos hospitais que deveriam adotar uma postura mais liberal e mais próxima do indivíduo. O objetivo não era mais curar e asilar o paciente, mas torná-lo novamente um sujeito ajustado e capaz de manter sua vida social. Nessa direção surgem os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) com atuação interdisciplinar e com o compromisso de acolher usuários com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e persistentes, usuários de álcool e drogas.

Nesse contexto, os CAPS tornam-se um lugar de referência e tratamento em saúde mental e dependência de álcool e drogas, no qual o indivíduo é colocado em uma posição ativa frente a seu tratamento, e a responsabilidade passa então a ser de toda a equipe envolvida com o paciente (SILVA, 2016).

Com o passar do tempo, contudo, as mudanças trouxeram não apenas melhorias, mas revelaram também problemas mais complexos, oriundos do contexto organizacional.

Em vista da complexidade e necessidade de compreensão da questão abordada, este artigo tem por objetivo fazer um levantamento das condições de trabalho dos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em implantação numa cidade interiorana, de modo a compreender a atividade dos mesmos e identificar as estratégias utilizadas por esses profissionais para gerir a violência física e psíquica presentes nesse contexto.

2. CONTEXTO EM REESTRUTURAÇÃO

Os problemas relacionados à saúde do trabalhador e segurança do trabalho no setor de saúde têm se mostrado perversos aos profissionais da área que enfrentam diversas manifestações de adoecimento psíquico e acidentes ocupacionais oriundos, respectivamente, da atividade humana no contexto real do trabalho e dos tradicionais riscos já conhecidos pelos higienistas, como riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e mecânicos (ECHTERNACHT, 2008; MENDES; MORAES; MENDES, 2011).

Na área psiquiátrica hospitalar, por exemplo, observou-se um aumento do risco potencial de agressão às populações trabalhadoras envolvidas (MENDES, 2014). Tal situação também tem sido vivenciada pelos profissionais dos CAPS, devido à complexidade e às características dos serviços prestados: tratamentos que abrangem tanto pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e persistentes, como demais quadros que justifiquem a permanência do indivíduo num dispositivo de atenção diária. Em seu estudo, Mendes (2014) ainda destaca que, embora os CAPS cumpram com o papel que lhes compete, há determinados pacientes que demandam, ainda que em um primeiro momento ou no período de crise, clínicas específicas.

Nesse cenário, percebe-se que a dificuldade da atuação profissional no novo modelo de atendimento em saúde mental, configurado após a Reforma Psiquiátrica iniciada da década de 1980, tem provocado impactos na atividade da população trabalhadora e consequências diretas na saúde e segurança desses profissionais. Desse modo, para que a atividade seja realizada de modo eficaz e preserve a saúde dos envolvidos, termos como “renormatizar” surgem, portanto, como um processo positivo. Para entender esse processo é preciso, contudo, entender a situação de trabalho, bem como a atividade que se configura como um caldeirão de patrimônios constituído de competências e de saberes-fazer de prudência (NOUROUDINE, 2004).

Segundo Daniellou, Simard e Boissières (2010, p.24), para atingir os objetivos sucessivos da atividade, o indivíduo mobiliza seu corpo e sua mente. Assim, a atividade comporta-se em duas dimensões: uma visível aos olhos dos gestores, como, por exemplo, a conduta assumida pelo sujeito durante a atividade; e a outra invisível, que se configura por meio das percepções e emoções do sujeito, das tomadas de decisão naquele contexto e momento. Desse modo, não é possível descrever tudo o que é realizado durante a atividade por meio de palavras, da mesma maneira que o desempenho do indivíduo não é capaz de refletir o custo humano envolvido para atender aos objetivos prescritos (GUÉRIN *et al.*, 2001). Sendo assim, o sujeito elabora modos operatórios conforme as diferentes situações que vivencia: se a atividade comporta um maior número de margens de manobra, o trabalhador deverá ter resultados mais efetivos; caso contrário, os custos poderão ser físicos, cognitivos, psíquicos e sociais (DANIELLOU; SIMARD; BOISSIÈRES, 2010).

Nesse contexto, Schwartz (2003) afirma que estabelecer a proteção de um modo totalmente objetivo, sem considerar como se pode desenvolver o trabalho com um certo conforto, sem que seja mais um constrangimento, é uma forma de ignorar o que é a atividade humana. A racionalidade puramente técnica não pode ser considerada no ambiente de trabalho, pois cada situação é singular e essa racionalidade não basta. Desse modo, deve-se entender que a norma está muito distante da realidade de trabalho e que a infração torna-se um caminho possível para que o sujeito se

regule diante das condições estabelecidas durante a atividade. Assim, ainda que a norma seja necessária, ela não pode ser vista como o único meio para prevenir possíveis efeitos danosos ao trabalhador, uma vez que esta já “nasce” defasada e continua distante da realidade de trabalho. É importante repensar que a segurança só é produzida a partir do momento que se diminui a distância entre o prescrito e o real.

Segundo Mendes (2014), a gestão de riscos no trabalho e a relação saúde/doença devem ser analisadas de forma singular, de acordo com as experiências individuais e coletivas de reconhecimento e hierarquização dos riscos diante das particularidades das situações produtivas. Nesse sentido, deve-se fazer aflorar a atividade para compreender como a resposta - frente às variabilidades que surgem - integra os custos e benefícios para o trabalhador durante a sua tomada de decisão e compreender como o sujeito levanta os elementos do meio para gerir as condições de saúde e segurança. Nouroudine (2004) compartilha desse ponto de vista ao afirmar que é impossível neutralizar as singularidades presentes nas atividades humanas, bem como fazer uma total antecipação dos elementos que constituem o processo da atividade.

As atividades humanas configuram-se, portanto, como lugar de engajamento daqueles que são seus autores. Estes se apropriam, tanto das suas próprias competências - formas singulares dos usos de si -, como das competências do outro para desenvolver sua regulação (MENDES; MORAES; MENDES, 2011).

3. METODOLOGIA

Para o delineamento do projeto, foi realizado um estudo de corte transversal, composto por uma amostra de conveniência, na qual foram avaliados 16 profissionais em situação de trabalho, em um Centro de Atenção Psicossocial tipo II (CAPS II), situado na região Centro-Oeste do estado de Minas Gerais.

A abordagem metodológica utilizada neste estudo foi baseada na Análise Ergonômica do Trabalho (AET) (GUÉRIN *et al.*, 2001), que pôde ser aprofundada por meio da análise Ergológica. Trata-se de um método qualitativo-descritivo, necessário para que a análise da atividade de trabalho não seja uma abordagem baseada em simples aplicação de ferramentas pré-construídas. Nesse contexto, para a AET, a condução do processo partiu de uma demanda e do seu contexto, objetivando compreender as singularidades dos fatores presentes no cenário em estudo. Na segunda etapa, foi caracterizada a população trabalhadora e a tarefa. A terceira etapa da AET se caracterizou por observações globais da atividade e interação com trabalhadores por meio de entrevistas e verbalizações. Nessa etapa foi utilizado um gravador digital para a coleta e registro das informações obtidas em campo. As gravações foram feitas com cada profissional separadamente e em momentos de confrontação cruzada. O estudo prosseguiu-se com observações sistematizadas, tratamento dos dados e validação dos resultados. Na última etapa, foi formulado um diagnóstico geral, para que, a partir deste, pudessem ser sugeridas indicações de soluções (GUÉRIN *et al.*, 2001). A abordagem ergológica, por sua vez, de caráter epistemológico, foi utilizada para aprofundar as contribuições da Ergonomia, bem como reafirmar o pressuposto ergonômico de que há uma distância entre o trabalho prescrito e o real e aprofundar, a partir da atividade, os saberes e valores colocados nas dramáticas das tomadas de decisão vivenciadas no contexto analisado (SCHWARTZ, 1988).

Foi utilizado, também, o questionário validado *Inquérito Saúde e Trabalho em Serviço - INSATS/Brasil* (BARROS-DUARTE; CUNHA; LACOMBLEZ, 2007), a fim de se levantar as consequências do trabalho e das condições de trabalho: os principais riscos profissionais e a influência dos constrangimentos de trabalho na saúde do trabalhador. Mostrou-se uma ferramenta interessante em uso associado com a Ergonomia.

A participação do estudo ocorreu de forma voluntária, na qual todos os envolvidos receberam informações a respeito dos objetivos e procedimentos e, em seguida, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para a amostra, não houve restrição quanto à idade e ao gênero, sendo que todos os envolvidos executaram normalmente as atividades desenvolvidas em sua jornada de trabalho.

Os procedimentos metodológicos deste estudo foram aprovados pelos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições participantes e estão de acordo com a Resolução 466/2012.

4. RESULTADOS

A instituição em estudo é um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) localizado na região Centro-Oeste do estado de Minas Gerais. Fundado em 1992, o CAPS foi designado como um local de referência para o tratamento em saúde mental de pacientes do município e região. No ano de 1995, após reforma e a instalação de novos equipamentos, a instituição foi entregue oficialmente à população. Em 2003, foi realizada uma nova reforma, com ampliação.

4.1. Caracterização geral: estrutura técnica e organizacional

O funcionamento do CAPS II ocorre das 7:00 às 18:00 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, salvo às sextas-feiras cujo atendimento é somente de urgência. A assistência prestada ao paciente no CAPS II inclui as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros), atendimento aos pacientes em oficinas terapêuticas, atendimento a grupo de familiares, visitas domiciliares e atividades comunitárias focando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social (ITABIRA, 2012). Os pacientes assistidos na permanência-dia (PD), em dois turnos (8 horas), recebem três refeições diárias: café da manhã, almoço e lanche da tarde. No total são atendidos 30 pacientes na PD, com faixa etária entre 25 e 40 anos, a maioria do sexo masculino. Além dos pacientes internos, também são assistidos pacientes externos, os quais após consulta e medicalização são liberados.

A equipe técnica que atua no CAPS II é composta por médicos, psicólogos, enfermeiros, técnico de enfermagem, auxiliares de enfermagem, assistente de saúde, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e farmacêutico, além da equipe administrativa e funcional. Os vínculos empregatícios são de dois tipos: contratados e efetivos, cuja carga horária de trabalho é de 8 horas/dia para contratados e 6 horas/dia para efetivos.

No que se refere aos critérios gerais de encaminhamento para o CAPS, os pacientes são atendidos nas seguintes situações: quando demonstrar sinais de intenção suicida persistente, houver risco de auto ou heteroagressividade significativo, encontrar-se em estado grave com incapacidade de estabelecer relações interpessoais, de sair de casa, de executar tarefas do dia a dia, de cuidar de si e dos filhos e de não conseguir

ir à escola ou ao trabalho. Além disso, quando a avaliação de uma medicação psicotrópica muito particular for necessária (antipsicótico atípico, estabilizador de humor, medicação específica para demência) e/ou as opções de intervenção no caso foram esgotadas na atenção primária e na comunidade.

Nesse contexto, o fluxo de assistência do serviço de saúde mental do CAPS inicia com o atendimento ao portador de transtorno mental pela equipe do Programa Saúde da Família (PSF), que encaminha o paciente aos CAPS: CAPS II, CAPSi ou CAPSad.³ Se o caso não se enquadrar nos critérios gerais, o paciente é encaminhado ao grupo de Saúde Mental e/ou à Oficina do Programa Saúde da Família (PSF) e/ou outros dispositivos da comunidade. Em caso afirmativo, é realizado o encaminhamento ao CAPS específico com protocolo de referência. Para atendimento ao portador de transtorno mental nos outros municípios da microrregião, é feito o encaminhamento aos CAPS com protocolo de referência e Tratamento Fora do Domicílio (TFD).

Posteriormente, para ambas as situações, é feito o acolhimento do paciente pelos técnicos de plantão do CAPS. Se o usuário não for admitido para o tratamento, este é reencaminhado ao PSF ou a outros municípios com protocolo de contrarreferência. Por sua vez, uma vez admitido, é realizada uma elaboração de Projeto Terapêutico Individual pelo acolhedor (técnico de referência). Segue-se com a análise do estado do paciente, se este encontrar-se em estado grave, o paciente será encaminhado para a permanência-dia com abertura do cadastramento para tratamento intensivo, semi-intensivo ou não intensivo. Se o paciente não se encontrar em estado grave, este será encaminhado para o tratamento ambulatorial no CAPS e inscrito no sistema. Para ambas as situações o paciente é encaminhado a outros técnicos, como: enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social e psiquiatra. O médico psiquiatra receitará ou não o uso de medicamento; em caso afirmativo, se o medicamento for padronizado do município, o paciente é encaminhado à farmácia do CAPS. Caso o medicamento seja excepcional do Estado, o paciente é encaminhado à farmácia da Gerência Regional de Saúde (GRS) com laudo preenchido pelo psiquiatra. No que se refere ao transporte, é feita uma avaliação pelo técnico de referência, que definirá se o paciente será conduzido ao CAPS II pelo carro rota do CAPS ou se o mesmo estará apto para utilizar a condução coletiva municipal. Nesse caso, o paciente terá direito às passagens e receberá um cartão da empresa responsável.

Uma vez recebida alta do CAPS II, cuja responsabilidade é da equipe técnica, o paciente é reencaminhado ao PSF para dar continuidade ao tratamento ou pode ser conduzido a outros dispositivos comunitários. No turno da noite, nos finais de semana e nos feriados, o atendimento ao portador de transtorno mental ocorre por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ou pela própria família, que conduz o paciente ao Hospital Pronto-Socorro (HPS). O HPS poderá reencaminhá-lo, após atendimento, ao domicílio do paciente e, posteriormente, ao PSF e CAPS II. Caso o paciente esteja em crise, o HPS o encaminha ao CAPS II na segunda-feira ou no dia seguinte ao atendimento às 7:00 horas.

4.2. Processo de trabalho em saúde: as relações entre a saúde e o trabalho

A Rede de Atenção à Saúde Mental é composta por muitos centros e nós que a tornam complexa e resistente. A atuação dos seus dispositivos, como os centros

³ Os CAPS passaram a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial da Infância e da Adolescência) e CAPSad (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas).

comunitários, PSFs, CAPS, prontos-socorros gerais, hospital geral, Unidades Básicas de Saúde (UBS), instituições de defesa dos direitos dos usuários, entre outros, buscam cumprir, não apenas com as suas funções na assistência direta às pessoas, mas, sim, na assistência a indivíduos marginalizados social e afetivamente. É fundamental destacar, portanto, que, para o bom funcionamento dessa rede, é necessária a atuação de equipes que se esforcem no cuidado e na reabilitação desses indivíduos. No CAPS em análise, a amostra de profissionais que participaram do estudo foi composta por 16 trabalhadores, conforme a Tabela 1 - Profissionais da Saúde do CAPS II: Grupo Amostral.

TABELA 1
Profissionais da Saúde do CAPS II: Grupo Amostral

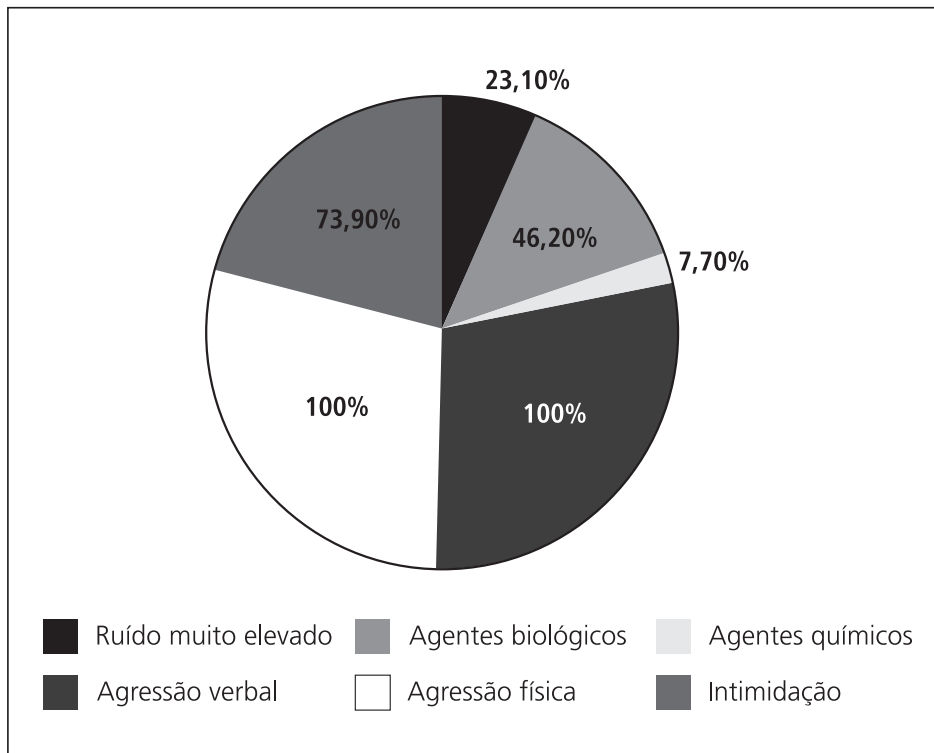
Equipe	Quadro fixo	Amostra
Médico	2	1
Enfermeiro	1 1	1 1
Técnico de enfermagem	1	1
Auxiliar de enfermagem	3	3
Auxiliar de saúde	1	----
Psicólogo	8	5
Terapeuta ocupacional	1 2	1 1
Assistente social	2	1
Farmacêutico	1	1
Total	23	16

Fonte: Elaborado pelos autores, 2015.

Durante a assistência ao paciente, os profissionais da saúde estão expostos a diversos riscos ocupacionais causados por agentes físicos, químicos, mecânicos, biológicos; além de fatores ergonômicos e psicossociais que podem ocasionar doenças ocupacionais e acidentes de trabalho. Nesse contexto, a partir dos dados obtidos pelo auto-questionário INSATS/Brasil, bem como das observações realizadas durante a análise ergonômica - estas aprofundadas pela ergologia -, foi possível identificar os inúmeros riscos aos quais os profissionais da saúde estão expostos e as estratégias adotadas para gerenciá-los. De posse dos resultados, o presente estudo revelou que o ruído muito elevado, os agentes biológicos e químicos, as agressões físicas e verbais e a intimidação são os fatores de risco mais presentes no ambiente laboral (Gráfico 1 - Características do trabalho: riscos físicos e psíquicos).

GRÁFICO 1

Características do trabalho: riscos físicos e psíquicos



Fonte: Elaborado pelos autores.

4.2.1. Classificação dos riscos por natureza

Também denominados como objetiváveis, os riscos visíveis são aqueles presentes no ambiente de trabalho cuja identificação e controle ocorrem por meio de procedimentos normativos e prescritivos com a utilização, na maioria das situações, de equipamentos de medição, conforme disposto nas Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego (MENDES, 2014). Assim, os agentes de risco podem ser classificados em químicos, físicos, biológicos e mecânicos, por exemplo.

4.2.1.1. Riscos visíveis

No contexto do CAPS II, verificou-se que a exposição ocupacional relacionada ao ruído, decorre, principalmente, do falar alto e contínuo dos pacientes, principalmente quando estes se encontram agitados. Para gerir esse risco, o ajuste dos horários dos pacientes mais agitados da permanência-dia revelou-se como uma estratégia de regulação adotada pelos profissionais; de modo que, para evitar o ruído excessivo, os trabalhadores procuravam colocar esses pacientes em dias distintos uns dos outros. Tal medida beneficiava não apenas os trabalhadores, mas também os próprios pacientes, que podiam participar de forma mais efetiva das atividades terapêuticas fundamentais no processo de tratamento. O uso da medicalização para acalmar o paciente agitado também foi relatado por alguns profissionais. Nesse caso, ao observar o estado do paciente, o próprio médico psiquiatra poderia ter a iniciativa de prescrever o medicamento ou a prescrição poderia decorrer do pedido de outro profissional que o solicitasse.

A exposição aos riscos biológicos foi apontada pelos profissionais da enfermagem, psicologia e assistência social como característica própria da profissão, visto que o estado de saúde do paciente é desconhecido e muitos são acometidos por doenças infecto-contagiosas, como tuberculose, escabiose (sarna), hanseníase, Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e pediculose pubiana (vulgarmente conhecida como “chato”). Desse modo, além do contágio por escabiose, os acidentes de trabalho ocasionados por material perfurocortante, também com risco de contaminação, mostraram-se presentes dentre os constrangimentos vivenciados pelos profissionais do estudo, conforme apresentado na Tabela 2.

TABELA 2
Ocorrência de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais

Ocorrência de acidente de trabalho ou doença relacionada ao trabalho (%)		Causa (%)	Licença médica (%)		Registro ou emissão de CAT (%)			
			Sim	Não	Sim	Não		
Sim	Não	Agressão física	Doença	Acidente de trabalho	Sim	Não	Sim	Não
37,5	62,5	66,7	16,7	16,7	16,7	83,3	16,7	83,3

Fonte: Elaborado pelos autores.

Como medida preventiva, os profissionais relataram fazer o uso, quando fornecidos pela instituição, dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), como luvas. Além disso, procuravam ter uma atenção maior no manuseio dos pacientes e obter informações sobre os mesmos através de prontuários, caso estes já tivessem recebido algum tratamento no CAPS.

Por sua vez, a exposição ao risco químico ocorre devido à manipulação dos medicamentos e inalação dos mesmos durante o preparo. Todavia, nenhuma estratégia foi apontada pelos profissionais para minimizar os seus efeitos na saúde e segurança dos mesmos.

4.2.1.2. Riscos invisíveis

Nos últimos anos, muitos estudos têm dado ênfase ao comprometimento das condições físicas, psíquicas e cognitivas do indivíduo decorrente da invisibilidade presente na atividade de trabalho. Nesse cenário, os imprevistos e os fatores psicossociais colocam a população trabalhadora diante de uma série de outros riscos não “objetiváveis” e que passam despercebidos aos olhos dos gestores e das legislações vigentes (RUIZ; ARAUJO, 2012). Tais riscos, também denominados invisíveis, puderam ser identificados no ambiente em estudo pelo método da AET e, uma vez aprofundados pela ergologia, revelaram os valores humanos envolvidos na tomada de decisão durante a atividade do profissional.

Assim, os resultados mostraram que, para todos os entrevistados, o imprevisível - diante da exposição aos riscos de agressão física e verbal (intimidação, ameaça, susto, medo) - tornava-os vulneráveis não apenas fisicamente, mas sobretudo psicologicamente. Como verbalizado pelo médico psiquiatra: *“Ameaças não deixam de ser uma agressão... só que psíquica; o que já me levou a pensar se era isso o que eu queria para a minha vida.”* (Médico psiquiatra)

Nesse contexto, é sabido que, diante da possibilidade do risco iminente de agressão, o estado mental e emocional dos trabalhadores, bem como o seu desempenho profissional, pode ser afetado com potencial de provocar acidentes e doenças ocupacionais. Assim, além da vulnerabilidade, o presente estudo revelou que, para 66,7% dos profissionais, as ameaças sofridas configuraram em algum tipo de agressão física (com afastamento do trabalho em um dos casos ocorridos), fato revelado pela técnica de enfermagem:

A primeira agressão física que eu sofri foi de um paciente em crise. Foi um descuido meu, porque é isso o que eu falo: você tem que estar muito atenta com o que ele vai fazer. Do nada ele está bem, mas aí ele pula nas suas costas e puxa o seu cabelo. Do nada! A gente vai dar a medicação, aí o paciente: “Ah, eu não quero!” Aí você vai dar bobeira e insiste, ele vai e pega e joga água na sua cara, cospe na sua cara. Eles são maldosos. (Técnica de enfermagem)

E ratificado pelo auxiliar de enfermagem: *“Já sofri tesourada, cuspada e dentada! Ameaça quase sempre tem: ‘Vou te pegar, vou te bater!’ Mas é efeito do momento de crise.”* (Auxiliar de enfermagem)

Ao ser questionado sobre o porquê da violência, também foi verbalizado pelo técnico de enfermagem da instituição analisada:

Mudou muito o perfil do paciente daqui. Há uma mistura de tudo, paciente alcoolizado, usuário de outras drogas. O paciente psiquiátrico, somente, é raro. Outro problema que temos é que muda demais a população que trabalha aqui. Há muitos contratos, então tudo é sempre novo e em recomeço. Não dá tempo de se enraizar e aprender a lidar com os pacientes e eles com a gente. (Técnico de enfermagem)

O estudo também revelou diversidade de vínculos empregatícios, distintas formas de remuneração e alta rotatividade da população trabalhadora, impactando no cotidiano da assistência e na produção e atualização de saberes necessários para a gestão da assistência e dos riscos no contexto analisado.

5. DISCUSSÃO

Como já discutido, a proposta dos CAPS como principal estratégia do processo da Reforma Psiquiátrica faz face à complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais (BRASIL, 2004). Nesse contexto, o papel da equipe técnica é fundamental para promover saúde e reabilitar psicossocialmente os usuários do serviço. No contexto analisado foi possível verificar que as relações permeadas no cotidiano de trabalho transcendem ao que é prescrito pela organização. Isso vem corroborar a abordagem Ergológica do trabalho na qual demonstra como o meio é variável e se (re)constrói como um desafio no cotidiano dos trabalhadores. Segundo Schwartz (2007 *apud* SOUZA, 2010), o meio se mostra

duplamente infiel, uma vez que as situações são variáveis e geridas cada uma a sua maneira pelo indivíduo que se coloca através da sua experiência, de seus valores e escolhas. A segunda infidelidade é colocada sob a necessidade de o homem singularizar o meio e fazer emergir o que é mais significativo.

Nesse cenário de intensas transformações sociais, assim como identificaram Sznelwar *et al.* (2008), a construção de um novo modelo de atenção convive com a desconstrução do antigo modelo, o que pressupõe a desorganização do sistema como um todo.

Segundo Almeida (2012), entre os problemas apontados nesse processo, destaca-se um potencial desequilíbrio entre demanda e oferta; um desenvolvimento parcial, incompleto e provisório das ações assistenciais e uma necessidade de desenvolvimento de processos inovadores de trabalho e capacitação. Para Mendes (2014) e Silva (2016), também podem ser apontados como consequência dessa transição o impacto na qualidade do trabalho, a sobrecarga de trabalho no cotidiano laboral, a fragmentação dos coletivos e o sofrimento psíquico dos profissionais.

A esse respeito Mendes (2014) demonstrou em seu estudo que as normas não são suficientes para abranger todas as variabilidades e imprevisibilidades existentes na atividade de trabalho. Segundo o autor:

Há uma invisibilidade em relação àquilo que é feito e como é feito, desconhecida pelos gestores do sistema e que são essenciais para a construção da segurança local (tanto dos trabalhadores quanto dos pacientes atendidos). Torna-se necessário fazer emergir as competências individuais e coletivas construídas e valoradas no contexto, por meio de métodos que façam aflorar estas microrregulações, e que possam ser captadas, numa perspectiva de se fazer evoluir as normas e produzir segurança. (MENDES, 2014, p.38)

Assim, conforme apontado por esse autor, o estudo permitiu constatar como o saber-fazer é importante para responder à demanda diante das variabilidades inerentes à atividade de trabalho em um cotidiano variado no qual sempre se aprende coisas novas; em geral, muito complexo e difícil. Tais dados ratificam que os resultados alcançados (ou não) não se limitam ao que se tem que fazer (ao prescrito e às normas antecedentes), mas também de como fazê-lo (atividade de trabalho), visto que o meio é “infidel” (CANGUILHEM, 2010).

Nesse contexto, o papel estratégico dos trabalhadores para antecipar as situações de risco demonstra como a atividade é singular e exige que os saberes sejam confrontados (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010). Assim, nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial dos pacientes, os profissionais da saúde atuam em conjunto fazendo o uso das suas próprias capacidades, bem como das vivências e experiências do outro (SILVA, 2010; ALMEIDA, 2012). Nesse sentido, o coletivo opera diante da multiplicidade das relações objetivas e subjetivas que se instituem no cotidiano da relação trabalho-trabalhador (SILVA; COSTA, 2008). No ambiente em estudo, a atuação interdisciplinar da equipe para realizar as atividades e gerir os riscos pôde ser evidenciada em vários momentos, bem como através de relatos dos próprios trabalhadores, como verbalizado pela enfermeira:

Quem acolhe é quem está no plantão. Então, o plantonista passa para mim que sou da enfermagem como o paciente está, aí comunico com os auxiliares de enfermagem, porque às vezes o paciente está mais agressivo e a gente tem que tomar mais cuidado. (Enfermeira 1)

Bem como pelo psicólogo: “A comunicação entre a equipe aqui é muito importante porque isso ajuda muito para que a gente lide com o paciente em crise de uma forma mais adequada.” E ratificado pelo médico psiquiatra:

Eu acho que a equipe atua da maneira que ela se propõe: de ser um trabalho interdisciplinar! Claro que cada um foca na sua área... o assistente social [...], o psicólogo [...] e o médico com a medicalização. Eu falo aqui que se o trabalho se restringir a mim, a coisa não desenvolve, é preciso ter a participação de todos. (Médico psiquiatra)

A verbalização da enfermeira, abaixo, permite constatar que a atuação não se limita à equipe de saúde, mas aos profissionais de outros setores, como relatado: “[...] tem uma paciente que não gosta de mim, e ela é muito agressiva. Então, logo que ela chega o porteiro ou outro colega já me avisa, porque assim eu já sei que tenho que tomar mais cuidado.” (Enfermeira 2)

A partir das verbalizações, verifica-se que a comunicação entre a equipe é de suma importância para a antecipação de possíveis conflitos e situações de risco.

No estudo realizado por Silva e Costa (2008), a relação profissional-profissional mostrou-se frágil, pois não havia integração entre as equipes, bem como espaços de escuta e reflexão. Além disso, a desmotivação profissional - fruto da baixa remuneração, da necessidade de se fazer dupla jornada de trabalho e da falta de reconhecimento no trabalho - também se configurou como geradora de sofrimento entre os profissionais.

Reportando-se às pesquisas conduzidas nesse eixo, Mendes (2014), ao analisar as atividades de trabalho dos técnicos de enfermagem na assistência aos pacientes em uma emergência psiquiátrica, revelou as dificuldades encontradas por esses profissionais e as estratégias construídas para desenvolverem as ações de assistência e competência associadas aos propósitos da produção. Assim, dentre os fatores condicionantes ao adoecimento, foi trazida pelos profissionais da área a questão da “identidade”. O conflito se configurava, nesse caso, entre efetivos e contratados, uma vez que os últimos sentiam-se mais sobrecarregados e desmotivados com a diferença de salários e a insegurança quanto ao vínculo empregatício.

Além dos diálogos estabelecidos durante a atividade, semanalmente são realizadas reuniões com a participação de todos os profissionais de saúde do CAPS II. Os assuntos discutidos referem-se tanto à organização, como também ao estado de saúde dos pacientes da PD, por exemplo: se os pacientes estão ou não apresentando melhora, se a frequência de participação no serviço pelos pacientes será ou não alterada e se haverá mudança no medicamento do usuário.

[...] eu gosto da reunião de sexta-feira, sabe por quê? Lá a gente discute um caso, Então você já pensa assim: “o caso é similar ao de fulano” [...] “então como é que você age? Qual a conduta a tomar?” Isso ajuda na lida com o paciente, nas manobras... mas a “malícia” que a gente tem é na hora ali. (Técnica de enfermagem)

Além de o indivíduo se constituir sobre o agir em competência diante do risco, percebe-se ainda que os saberes não se constroem apenas em virtude das vivências dos profissionais, mas também a partir da experiência do outro observando os colegas de trabalho e/ou por orientação dos colegas de trabalho.

Na busca ativa, quando eu vou buscar um paciente e ele não quer vir, mas tem que trazer; a gente vai na força para pegar, segurar e carregar, mas na casa dele a gente

não sabe como é o espaço. Então o que eu aprendi fazendo curso e com as dicas dos colegas é que a primeira coisa que você tem que fazer é observar a área de risco... o que tem em volta, se tem um copo... uma tesoura... o que o paciente vai utilizar para te agredir. (Técnica de enfermagem)

No contexto do CAPS II percebeu-se ainda que os profissionais procuram - em um primeiro momento - criar vínculo com o paciente como estratégia para gerir o risco de violência. Quando questionados sobre o porquê da adoção de tal comportamento, os trabalhadores relataram que, quando o vínculo de confiança é construído, eles conseguem mobilizar e garantir a cooperação do paciente com o tratamento e atuar de forma mais humana. Para a maioria dos trabalhadores, os momentos de contenção física do indivíduo em crise contribuíam para o sofrimento psíquico dos envolvidos. Como verbalizado pela enfermeira: *“Há um grande desgaste físico e psíquico durante a contenção física, a gente fica pensando o tempo todo: ‘Tenho que segurar, senão ele vai me bater.’ O desgaste e o sofrimento é para o profissional e para o paciente.”* (Enfermeira 2)

Fato revelado também pela técnica de enfermagem:

Às vezes você tem que impor a força física mesmo! Quando é um paciente em agitação, a gente tem que fazer a contenção física. Aí tem... não a luta corporal, né? Mas essa força física mesmo, você tem que fazer força tanto quanto a do paciente, porque ele tem uma força tamanha! Como a gente tem que pôr força, a gente não pode ser carinhoso. Às vezes a gente aborda ele de forma carinhosa, se for um paciente choroso [...]. Depois de uma contenção, eu fico muito abalada. (Técnica de enfermagem)

Percebe-se que o vínculo que se forma entre um indivíduo com transtorno psíquico que necessita de ajuda e outro indivíduo revestido de saberes, além de se fazer necessário, é também permeado por valores humanos.

Nesse contexto, quando questionados sobre as estratégias para gerenciar os riscos psíquicos, 62,5% dos entrevistados relataram que o envolvimento emocional com o paciente é algo que não deve ocorrer, uma vez que, além de aumentar o desgaste físico e psíquico, também poderia interferir no serviço prestado. Realizar atividades esportivas, culturais e religiosas, estar próximos de pessoas positivas (família e amigos) e dormir bem também foram apontados como alguns dos cuidados adotados pelos profissionais. Para evitar que a saúde fosse afetada pelo trabalho, alguns disseram considerar as situações de ameaças e agressões verbais como algo momentâneo à crise, de modo a não internalizar sentimentos negativos. No próprio ambiente de trabalho, foi percebido que os profissionais utilizavam das reuniões às sextas-feiras como um momento para minimizar a carga psíquica, como verbalizado pela técnica de enfermagem:

Eles agredem muito a gente verbalmente, né? Às vezes é o tal de “vai tomar...”; com essas agressões verbais a gente sofre. Então, o peso pra gente é muito! Eu acho pesado! Para gerir isso a gente não dá conta! Dá conta assim, né? Eu procuro uma igreja... trabalho em grupo. As reuniões das sextas-feiras é quase uma sessão de descarrego (risos)... é divertido. (Técnica de enfermagem)

E pelo psicólogo:

A sexta-feira é um dia de muita descontração. A gente faz a reunião, mas o pessoal brinca porque não temos muito tempo para conversar durante a semana. A gente fala

dos pacientes, como que o paciente tal está [...], mas eu gosto muito disso porque é mais informal. (Psicólogo 1)

Percebe-se, ao final dos relatos, que a exposição aos riscos de agressão física e psíquica acarreta sofrimento aos profissionais da saúde, que buscam possibilidades de regulação frente aos constrangimentos da atividade. Além disso, 53,8% dos entrevistados relataram que não há qualquer suporte de especialista na área de saúde e trabalho para minimizar os riscos à saúde e segurança presentes no ambiente laboral aos quais estão expostos. O resultado da análise revelou, portanto, que, diante da subjetividade que alguns riscos se configuram e do desacordo entre a proposta do novo modelo implantado no setor - proposto pela Reforma Psiquiátrica - e a desconstrução do antigo, o desafio dos trabalhadores perpassa tanto pelas tradicionais práticas de prevenção de acidentes e doenças do trabalho, como pela complexidade do serviço de assistência ao paciente psiquiátrico.

Nesse contexto, o desequilíbrio emocional e o sofrimento surgem no ambiente laboral como um processo de desconstrução do papel que deveriam exercer com satisfação (MENDES, 2014). Essa realidade tem se tornado frequente na vida de muitos profissionais da saúde que se sentem limitados no que se refere às perspectivas por melhores condições de vida e de trabalho. Avaliar as condições da organização do trabalho e do ambiente dos CAPS torna-se, portanto, imprescindível para que se compreendam os diversos fatores envolvidos no adoecimento dos profissionais da área.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os problemas relacionados à saúde e segurança no trabalho têm evidenciado que existe uma grande distância entre a tarefa e a atividade realizada pelo trabalhador que busca - dentro do seu campo de possibilidades - recriar seu meio de trabalho produzindo novas normas para gerir os riscos nele presentes.

Nesse contexto, além de demonstrar a relação direta entre o risco e a atividade laboral, este estudo permitiu identificar as estratégias - individuais e coletivas - de regulação adotadas pelos profissionais da saúde na assistência ao paciente psiquiátrico e comprovar a importância destas para minimizar o risco de adoecimento desses profissionais. Pode-se concluir que, entre os constrangimentos levantados na Instituição analisada, os mais evidentes estão relacionados aos riscos psíquicos e de agressão física a que esses profissionais estão expostos.

O estudo não teve a intenção de negar as políticas públicas existentes, como a Reforma Psiquiátrica, mas dialogar com as atividades de trabalho produzidas no dia a dia de trabalho e, a partir daí, fazer evoluir essas políticas numa possibilidade de transformar a assistência e as condições laborais das populações analisadas.

A partir dos embates ao novo modelo proposto como substitutivo à Reforma Psiquiátrica, espera-se, portanto, que novos estudos sejam realizados e os seus resultados confrontados de modo que se desenvolvam dispositivos e estratégias que integrem a atenção à saúde e segurança do trabalhador na área da saúde mental. Tais medidas devem permitir aos profissionais ampliar seus campos de regulação frente aos constrangimentos e riscos de adoecimento e, assim, possibilitar um ambiente de trabalho mais saudável e seguro.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, D. T. **Análise do trabalho de uma equipe multiprofissional em um Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas** [manuscrito]. 2012. 207 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Departamento de Engenharia de Produção, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.
- ANDERSON, L.; FITZGERALD, M.; LUCK, L. An integrative literatura review of interventions to reduce violence against emergency department nurses. **Journal of Clinical Nursing**, v.19, n.17-18, p.2520-2530, 2010.
- BARROS-DUARTE, C.; CUNHA, L.; LACOMBLEZ, M. INSAT: uma proposta metodológica para análise dos efeitos das condições de trabalho sobre a saúde. **Laboreal**, v.3, n.2, p.54-62, 2007. Disponível em: <<http://laboreal.up.pt/pt/articles/insat-uma-proposta-metodologica-para-analise-dos-efeitos-das-condicoes-de-trabalho-sobre-a-saude/>>. Acesso em: 13 dez. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 20 jul. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2015.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitário, 2010.
- DANIELLOU, F.; SIMARD, M.; BOISSIÈRES, I. **Fatores Humanos e Organizacionais da Segurança Industrial: um estudo da arte**. Tradução de: R. Rocha; F. Lima; F. Duarte. FONCSI: Toulouse, 2010. Disponível em: <http://media.wix.com/ugd/b608fa_dcb3c5a3ec4f4a849e140eec2ae00644.pdf>. Acesso em: 6 set. 2014.
- DUARTE, N. S.; MAURO, M. Y. C. Análise dos fatores de riscos ocupacionais do trabalho de enfermagem sob a ótica dos enfermeiros. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.35, n.121, p.157-167, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v35n121/17.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2015.
- ECHTERNACHT, E. Atividade humana e gestão da saúde no trabalho: elementos para reflexão a partir da abordagem ergológica. **Laboreal**, v.4, n.1, p.46-55, jul. 2008.
- FARRELL, G. A.; BOBROWSKI, C.; BOBROWSKI, P. Scoping workplace aggression in nursing: findings from an Australian study. **Journal of Advanced Nursing**, v.55, n.6, p.778-787, 2006.
- FRANZ, S. *et al.* Aggression and violence against health care workers in Germany – a cross sectional retrospective survey. **BMC Health Services Research**, v.10, 2010.
- GUÉRIN, F. *et al.* **Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia**. São Paulo: Edgard Blücher, 2001.
- ITABIRA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de atividades: Centro de Atenção Psicossocial**. Itabira, 2012.
- JUNS, A. G.; LANCMAN, S. O trabalho interdisciplinar no CAPS e a especificidade do trabalho do terapeuta ocupacional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.22, n.1, p.27-35, jan.-abr. 2011.
- LAU, J. B.; MAGAREY, J. Review of research methods used to investigate violence in the emergency department. **Accident and Emergency Nursing**, v.14, n.2, p.111-116, 2006.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**, n.24, p.105-125, jan.-jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a06.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2015.

MENDES, D. P. **O agir competente como estratégia de gestão do risco de violência no trabalho**: o ponto de vista da atividade humana de trabalho dos técnicos de enfermagem de uma instituição pública psiquiátrica. 2014. 211 f. Tese (Doutorado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação - FAE/UFMG, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

MENDES, D. P. *et al.* Um olhar sobre a atividade de trabalho de auxiliares e técnicos de enfermagem de uma instituição psiquiátrica: em busca de transformações. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ERGONOMIA, 15., Porto Seguro, Bahia. **Anais...** Porto Seguro, 2008.

MENDES, D. P. *et al.* Do prescrito ao real: a gestão individual e coletiva dos trabalhadores de enfermagem frente ao risco de acidente de trabalho. **Gestão e Produção**, São Carlos, v.19, n.4, p.885-892, 2012.

MENDES, D. P.; MORAES, G. F. S.; MENDES, J. C. L. Análise da gestão de risco no trabalho de enfermagem em uma instituição psiquiátrica. **Trabalho & Educação**, Belo Horizonte, v.20, n.1, p.73-84, jan.-abr. 2011.

NOUROUDINE, A. Risco e atividades humanas: acerca da possível positividade aí presente. In: FIGUEIREDO, M. (Org.). **Labirintos do Trabalho**: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p.37-62.

RAMMINGER, T.; BRITO, J. C. "Cada Caps é um Caps": uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. **Psicologia & Sociedade**, v.24 (n. especial), p.150-160, 2012.

RUIZ, V. S.; ARAUJO, L. L. A. Saúde e segurança e a subjetividade no trabalho: os riscos psicossociais. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v.37, n.125, p.170-180, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572012000100020>>. Acesso em: 12 fev. 2016.

SCHWARTZ, Y. **Expérience et connaissance du travail**. Paris: Messidor/Editions Sociales, 1988.

SCHWARTZ, Y. Trabalho e saber. **Trabalho e Educação**, Belo Horizonte, v.12, n.1, p.21-34, jan.-jul. 2003.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Org.). **Trabalho e Ergologia**: conversas sobre a atividade humana. Niterói, RJ: EdUFF, 2010.

SILVA, E. R. **A atividade de trabalho do psiquiatra no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial**: pois é José... 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

SILVA, E. R. **O gesto profissional em Psiquiatria**: o Centro de Atenção Psicossocial como território de trabalho. 2016. 655 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-graduação em Educação: conhecimento e inclusão social, Universidade de Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

SILVA, E. A.; COSTA, I. I. Saúde mental dos trabalhadores em saúde mental: estudo exploratório com os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia/Go. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v.14, n.1, p.83-106, jun. 2008. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/290/299>>. Acesso em: 24 set. 2014.

SOUZA, A. M. R. Z. **Atividade de cuidados em UTI Neonatal**: uma análise das relações entre trabalho de enfermagem e saúde. 2010. 173 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)

– Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2310/1/ENSP_Disserta%C3%A7%C3%A3o_Souza_Ana_Maria_Ramos_Zambroni_de.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2015.

SZNELWAR, L. *et al.* Ação em psicodinâmica do trabalho: contribuições sobre o trabalhar em saúde mental. In: LANCMAN, S. (Org.). **Políticas públicas e processos de trabalho em saúde mental**. Brasília: Paralelo 15, 2008. p.129-174.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.25-59, jan.-abr. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2014.

Data da submissão: 08/06/2016

Data da aprovação: 13/05/2017