

Análise do trabalho real em uma emergência psiquiátrica

Elizama Leal de Melo Lima

Thais Augusta Cunha de Oliveira Máximo

RESUMO

Este artigo tem como objetivo analisar o trabalho real de profissionais que atuam em uma emergência psiquiátrica. Para tanto, realiza-se, inicialmente, um apanhado histórico contextualizando a Reforma Psiquiátrica Brasileira até o contexto atual. A perspectiva teórica adotada no estudo diz respeito à Psicodinâmica do Trabalho (PDT), pois esta possibilita a compreensão do trabalho enquanto dimensão central para os sujeitos, que por meio de processos de subjetivação, tais como do reconhecimento, de construção de estratégias de defesa, de vivências de prazer e de sofrimento no e pelo trabalho, é passível de implicar em adoecimento e ter reflexo na saúde destes. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de cunho descritivo e exploratório, realizada com 13 profissionais atuantes na emergência. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas individuais gravadas, guiadas por um roteiro semiestruturado. Os resultados encontrados apontam que uma parte dos profissionais não tinha a atuação na saúde mental como perspectiva de carreira. A segunda categoria encontrada foi das condições de trabalho e das lacunas identificadas no serviço, que refletem diretamente nas práticas profissionais. Os resultados apontam, ainda, que a atividade de trabalho desses profissionais é complexa e repleta de imprevisibilidades.

Palavras-chave: Reforma psiquiátrica; Trabalho; Emergência psiquiátrica; Psicodinâmica do Trabalho.

ABSTRACT

The multiprofessional team work activity in psychiatric emergency.

This article aims to analyze the real work of professionals in a psychiatric emergency. To this end, a historical overview is taken, contextualizing the Brazilian Psychiatric Reform to the current context. The theoretical perspective adopted in the study concerns the Psychodynamics of Work (PDT), as this enables the understanding of work as a central dimension for the subjects, who through subjectivation processes such as recognition, construction of defense strategies, experiences of pleasure and suffering in and through work are likely to imply illness and have a reflection on their health. It is qualitative research of a descriptive and exploratory nature, carried out with 13 professionals working in an emergency. Data collection was carried out through recorded, individual interviews, guided by a semi-structured script. The results indicate that some professionals did not work in mental health from a career perspective. The second category was the working conditions and gaps identified in the service, which directly reflect on professional practices. The results also point out that the work activity of these professionals is complex and full of unpredictability.

Keywords: Psychiatric Reform; Work; Psychiatric Emergency; Work Psychodynamics.

Sobre os autores

E. L. de M. L.
<https://orcid.org/0000-0002-7337-0104>
Universidade Estadual da Paraíba –
Campina Grande – PB
e.lizama.melo@hotmail.com

T. A. C. de O. M.
<https://orcid.org/0000-0002-5062-1548>
Universidade Federal da Paraíba –
João Pessoa – PB
thaisaugusta@gmail.com

Direitos Autorais

Este é um artigo de acesso aberto e pode ser reproduzido livremente, distribuído, transmitido ou modificado, por qualquer pessoa desde que usado sem fins comerciais. O trabalho é disponibilizado sob a licença Creative Commons CC-BY-NC.



Os processos relativos aos cuidados em saúde mental passaram por muitas mudanças desde a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, principalmente após um movimento significativo organizado, primariamente, por profissionais de saúde e que, em seguida, obteve grande expansão social, sendo chamado de Reforma Psiquiátrica (Amarante, 1995). Na história recente do nosso país, observamos que a condição psiquiátrica era muito dramática. Até então não se discutiam substancialmente as práticas desumanas cometidas dentro dos hospitais psiquiátricos, que ao invés de promover tratamento, geravam mais sofrimento.

A partir desse movimento de Reforma Psiquiátrica, que, no Brasil, se iniciou no final da década de 1970, no contexto político de luta pela democratização, inicia-se um processo de desconstrução do modelo manicomial que culminou em 6 de abril de 2001, na promulgação da Lei n. 10.216, que dispunha sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionava o modelo assistencial em saúde mental. Passou-se, portanto, ao processo de reestruturação de toda rede de cuidado em saúde mental, com o surgimento e expansão dos serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS).

Com as conquistas do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, surgem políticas públicas voltadas para a saúde mental, e em São Paulo é criado, em 1987, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial do país, tornando-se referência para a assistência em saúde mental (Mateus, 2013). A cidade de São Paulo foi pioneira nesse novo modelo assim como na criação de centros de convivência, hospitais-dia e programas de inclusão. A expansão dos serviços de saúde mental pelo país se deu a partir da regionalização e criação de leis estaduais, priorizando a criação de novos Centros de Atenção Psicossocial, que gradativamente foram instalados no Brasil. Segundo dados do Governo do Estado da Paraíba (2013), a Paraíba chegou a ocupar o primeiro lugar, no país, em quantidade de CAPS por habitante, com 81 unidades.

Assim como os serviços substitutivos, outra proposta implantada pela Política Nacional de Saúde Mental diz respeito à criação de leitos para emergência psiquiátrica dentro dos hospitais gerais. Esses leitos são criados com o intuito de promover uma recuperação mais rápida do sujeito em sofrimento psíquico sem privá-lo do meio social, como ocorria nos manicômios. Nesse sentido, também se retira o estigma do internamento isolado em hospital psiquiátrico, levando-se em consideração o preconceito que existe ainda na sociedade com os indivíduos portadores de transtorno mental. De acordo com Botega (2006), tornou-se necessária a implantação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, tendo em vista a ineficácia do tratamento segregador dos manicômios. Nos leitos de hospitais gerais, têm-se avanços na medida em que se desenvol-

vem estratégias terapêuticas que possibilitam uma integração da equipe composta por diversas profissões, destacando a importância das interconsultas (Botega, 2006).

Nos casos de emergência, de acordo com a nova política, o indivíduo precisa ser acolhido em hospitais gerais com leitos psiquiátricos, referência na rede, onde poderão ocorrer intervenções de curta duração, sem segregar o sujeito do convívio social. Essa nova perspectiva, visando a integração do sujeito à sociedade e à família, impõe uma mudança não só do sistema de saúde mental como também dos profissionais (Pelisoli, Moreira & Kristensen, 2007). Desde o modelo asilar, centrado nos hospitais psiquiátricos, até a Política de Saúde Mental, a partir de um novo modelo humanizado de atenção à saúde mental, os trabalhadores atuantes no campo da saúde mental precisaram adaptar-se e reinventar suas práticas (Bezerra et al., 2018).

Refletindo acerca desse processo complexo de reestruturação da rede de atendimento em saúde mental e do percurso de transformações do trabalho em saúde mental no contexto brasileiro, é que se justifica o trabalho em questão. Necessário nos debruçarmos sobre o trabalho desses profissionais compreendendo as mobilizações subjetivas, bem como as estratégias desses para lidar com os novos cenários que se apresentam. Destacando, ainda, as dificuldades que muitos desses trabalhadores tiveram em termos de formação profissional para atuar a partir de uma nova perspectiva proposta pela Reforma Psiquiátrica.

Compreendemos o trabalho a partir dos pressupostos da Psicodinâmica do Trabalho (PDT), que traz uma lacuna sempre existente entre o trabalho prescrito (aquele que é solicitado pela Organização do Trabalho) e o trabalho real (aquele que de fato é realizado pelo trabalhador). Essa lacuna exige mobilizações por parte dos trabalhadores, a fim de superar os imprevistos e dificuldades impostas no trabalho. E é nesse sentido que buscamos investigar. Compreender as mobilizações, ajustamentos e o envolvimento do trabalhador para realizar seu trabalho (Dejours, 2012).

Sua relevância é ainda social e política, tendo em vista o contexto atual da saúde mental no país, onde tem estado em pauta discussões sobre o tratamento manicomial e procedimentos invasivos de tratamento. Destaca-se, ainda, o sucateamento que vêm sofrendo os serviços substitutivos conquistados através do movimento que resultou na Reforma Psiquiátrica. Essas discussões ganharam evidência com a Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, (Ministério da Saúde, 2017), instituída pelo Ministério da Saúde, que traz o retorno de investimentos no modelo hospitalocêntrico, causando grande preocupação entre os profissionais da saúde mental pelo retrocesso que apresenta diante da Política de Saúde Mental. Em dezembro de 2020, houve ampla discus-

são em função da intenção do governo federal de revogar 99 portarias sobre saúde mental editadas entre os anos de 1991 e 2014. A revogação levaria ao encerramento de vários programas do Sistema Único de Saúde (SUS), como o de reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar, as equipes de Consultório na Rua, o Serviço Residencial Terapêutico e a Comissão de Acompanhamento do Programa De Volta para Casa.

Recentemente, foi lançada a Nota Técnica 11/2019 com “Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre drogas” (Ministério da Saúde, 2019, p.1), na qual se amplia o incentivo aos hospitais psiquiátricos e considera que nenhum serviço será substitutivo de outro, considerando todos com a mesma importância e “não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza” (Ministério da Saúde, 2019, p. 2-3). Apesar de citar que não tem o objetivo de perder a essência e o respeito à Lei 10.216/01, de 6 de abril de 2001, o teor do texto se coloca em sentido oposto aos preceitos da referida lei. A desinstitucionalização deixa de ser pensada como antes, ferindo gravemente os avanços que se teve com a Reforma Psiquiátrica.

A relevância social pode ser considerada, ainda, pela necessidade de maior atenção voltada ao trabalhador em saúde mental em termos de políticas públicas, tendo em vista o desgaste psíquico e emocional que muitas vezes esse tipo de trabalho acarreta devido a vários fatores, seja de formação profissional ou pessoal.

Para análise do nosso objeto, utilizamos a PDT. Dejours (1993) compreende que o trabalho não é apenas um modo de ganhar a vida, mas um *status* social ao qual se associam um lugar e pertença social. Nesse sentido, o autor afirma que o trabalho se constitui como o único mediador eficiente entre o sujeito e seu meio social, indo mais longe quando admite que o trabalho seja a condição de acesso à cidadania, bem como a forma como a subjetividade se inscreve no social, no ético e no político.

Compreende-se, para fins deste artigo, a concepção de trabalho proposta por Dejours (2004), “o trabalho é a atividade coordenada por homens e mulheres para defrontar-se com o que não poderia ser realizado pela simples execução prescrita de uma tarefa” (Dejours, 2004, p. 135).

Nesse sentido, para que o trabalho de fato se realize, o trabalhador recorre à mobilização da subjetividade, por meio do processo da inteligência astuciosa, que demanda seu corpo por inteiro, sentidos e subjetividade (Dejours, 2012).

Partindo desta relação dinâmica e singular entre sujeito e organização do trabalho, Dejours (1987) afirma que o trabalho nunca é neutro com relação à saúde, podendo ser um meio

tanto para o surgimento de doenças, quanto para a promoção da saúde. “De modo que o trabalho deveria aparecer na própria definição de saúde” (p. 164). Por outro lado, compreende, também, que esta relação, entre sujeito e trabalho, é complexa, pois envolve uma série de elementos do trabalhador, assim como da Organização do Trabalho. Para Dejours (1993), a Organização do Trabalho se caracteriza pela divisão das tarefas, o que implica na definição do trabalho a ser executado; e por outro lado, pela divisão dos homens, que regula as relações de trabalho formal e informalmente.

Nesse sentido, apesar das constantes mobilizações dos sujeitos a fim de preencher as lacunas impostas pelo trabalho (falta de materiais, ausência de normativas claras quanto ao exercício do trabalho, formações insuficientes, condições de trabalho inadequadas, entre outras), Dejours (2012) aponta que elas nunca serão definitivamente preenchidas, considerando que “sobrevêm, sempre, em todas as situações de trabalho, dificuldades e incidentes imprevistos” (p. 38).

Logo, entende-se que os trabalhadores precisam lidar cotidianamente com as variabilidades do real, que precisam ser geridas por eles, individual e coletivamente, para viabilizar o trabalho. Diante das complexidades que lhe são impostas pelas condições e organização do trabalho, trabalhar significa: constantemente buscar encontrar e até inventar soluções possíveis, a partir do real que se apresenta aos trabalhadores. Para Dejours (2012), o trabalhar é um modo de engajamento dos gestos, do saber-fazer, da capacidade de refletir, de interpretar e de reagir diante das diferentes situações que se apresentam ao trabalhador.

É através dessa mobilização subjetiva que ocorre o engajamento ao trabalho, no qual o trabalhador deposita algo da sua subjetividade, do seu corpo, da inteligência prática e da cooperação. Em decorrência desse engajamento o sujeito adentra na dinâmica do reconhecimento, a partir da recompensa e retribuição que pode ocorrer por parte da organização, dos pares ou dos próprios usuários dos serviços em que trabalham. O reconhecimento gera o fortalecimento psíquico e promove saúde, por outro lado, abre espaço para a captura da subjetividade e a dominação (Dejours, 2007). “É sempre afetivamente que o real do mundo se revela ao sujeito” (Dejours, 2008, p. 39).

O trabalho coletivo mostra-se então como essencial no processo de mobilização da inteligência, das habilidades e da engenhosidade que existe em cada sujeito, bem como a contribuição à cultura e à organização. O trabalho coletivo, assim como o individual, mobiliza a inteligência inventiva, enquanto trabalho vivo. No entanto, essa inteligência inventiva é particular de cada sujeito, e não se apresenta, em separado, como possibilidade de aproximação, ou seja, o trabalho coletivo, comportando as inteligências diversas, incorre na divergência, na discordância e na incoerência. Para que o trabalho coletivo

seja possível é fundamental reunir as inteligências com o objetivo de criar uma dinâmica coletiva comum e aí se situa um grande desafio (Dejours, 2012).

Um dos aspectos mais importantes para o trabalho coletivo refere-se à cooperação, que pode ser definida como os laços construídos entre os trabalhadores, para realizar uma obra comum. No entanto, a cooperação possui várias dimensões, os laços construídos possuem natureza simbólica e representam a relação de interdependência e intercompreensão no trabalho. De antemão, esses laços não existem e são criados a partir dos resultados de uma construção humana baseados no contexto subjetivo, social e material do trabalho, no qual os agentes estão situados (Dejours, 2012).

A cooperação é, desse modo, elemento importante para a eficácia do trabalho, tendo em vista que estão intimamente ligados. Nesse sentido, para Dejours (2008), “trabalhar é fracassar” (p. 37), no entanto “o trabalho continua sendo mediador insubstituível da realização pessoal no campo social; o trabalho é central em face da construção da identidade e da saúde, realização, relações, evolução da convivência e da cultura” (Dejours, 2007, p. 25).

Percebe-se, nas palavras do autor, a constante afirmação da dualidade do trabalho, como fonte de prazer e sofrimento, a partir de forças contraditórias e conflituosas, visíveis e invisíveis, objetivas e subjetivas, psíquicas e sociais, sendo uma construção dialética que pode transformar o trabalho em saúde e/ou patologia.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Participaram, deste estudo, 13 profissionais que compunham a equipe da unidade de emergência psiquiátrica em hospital geral. Essa equipe completa possuía, em média, 28 profissionais. Este hospital fora escolhido por ser o único que oferece este serviço na cidade em que a pesquisa fora realizada, funcionando como unidade de emergência psiquiátrica para toda a região circunvizinha, atendendo vários municípios. Destaca-se que esta cidade é a segunda maior cidade do Estado, e possui uma história considerável na reforma psiquiátrica e luta antimanicomial.

O número de participantes foi estabelecido por meio do critério de saturação, proposto por Minayo (1993). Como critérios de inclusão na amostra, tivemos: a disponibilidade e aceitação dos profissionais em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e participar da pesquisa; o tempo de trabalho igual ou superior a quatro meses; bem como a formação profissional condizente com a função executada na instituição.

INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas. As questões do roteiro versaram sobre conceitos da PDT, bem como sobre o trabalho real na emergência psiquiátrica. Os temas abordados diziam respeito às condições e organização do trabalho, como o trabalhador desenvolve e lida com a inteligência da prática, as fontes de prazer e sofrimento no trabalho, estratégias defensivas individuais e coletivas desenvolvidas pelo trabalhador para lidar com a realidade do trabalho e as formas de cooperação existentes. As entrevistas foram registradas em áudio, tiveram duração entre 14 e 35 minutos e posteriormente transcritas com finalidade de análise dos dados, captando assim um total de aproximadamente 6 horas de áudio.

No que se refere à “escolha” pela realização de entrevistas individuais, esta ocorreu mediante as dificuldades impostas pelo cotidiano de trabalho desses trabalhadores de emergência em participar de entrevistas em grupo. Contudo, de modo a preservar uma dimensão essencial à PDT, entendemos que diante da impossibilidade de fazer grupos, poderíamos utilizar as entrevistas individuais, garantindo a palavra como via de acesso privilegiado às relações e vivências do sujeito com o trabalho (Dejours, 1993; Dejours & Bègue, 2010).

PROCEDIMENTO

Após o parecer favorável à realização da pesquisa pelo comitê de ética, considerando a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, de número de CAAE 2.964.966, foi realizado o contato com a instituição para proceder a coleta dos dados. O TCLE foi apresentado de forma clara a todos os participantes da pesquisa, individualmente. E a partir da disponibilidade dos trabalhadores em participar da pesquisa, foram realizadas as entrevistas durante seu horário de trabalho.

ANÁLISE DOS DADOS

Em seguida, após a escuta e transcrição dos dados, foi realizada a análise categorial temática com codificação colorimétrica e recortes das falas segundo a análise de conteúdo temática proposta por Laville e Dione (2008).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Como apresentado anteriormente, esta pesquisa teve a participação de 28 profissionais de uma equipe de trabalho multiprofissional em emergência psiquiátrica. Destes participantes, 2 possuíam formação em Serviço Social, 1 em Psicologia, 6 em Enfermagem e 4 em Medicina, conforme tabela a

seguir (Tabela 1). Os mesmos com idades variando entre 28 e 60 anos, estando em exercício das funções no serviço no intervalo entre 6 meses e 16 anos.

Tabela 1. Caracterização dos participantes

Código da Entrevista	Formação	Tempo no serviço
E1	Serviço Social	4 anos
E2	Enfermagem	3 anos e 10 meses
E3	Enfermagem	6 anos
E4	Medicina	1 ano e 10 meses
E5	Psicologia	5 meses
E6	Serviço Social	5 anos
E7	Medicina	8 meses
E8	Enfermagem	6 meses
E9	Enfermagem	6 anos
E10	Medicina	6 anos
E11	Enfermagem	9 anos
E12	Enfermagem	16 anos
E13	Medicina	1 ano

TRAJETÓRIA E FORMAÇÃO PROFISSIONAL

A primeira categoria discutida foi a de trajetória e formação profissional. A partir das falas dos trabalhadores, foi possível perceber que a inserção dos profissionais na instituição ocorreu de formas diversas, bem como o tempo em que estavam desenvolvendo as atividades também variava. Observou-se que alguns sujeitos trabalharam anteriormente em hospitais psiquiátricos, e iniciaram o trabalho na emergência psiquiátrica após a interdição do hospital, que ocorreu com o desdobramento das intervenções de fiscalização encabeçadas pelo movimento da reforma psiquiátrica. “Eu estou desde a reforma, quando foi interditado, né, o hospital” (E1). Observa-se que outros participantes, a priori, não tinham necessariamente interesse em atuar na área emergência em saúde mental, ingressando no serviço através de uma oportunidade contingencial, convite ou indicação, como se observa nas falas a seguir: “Na verdade eu nunca imaginei que ia trabalhar com psiquiatria, mas foi a oportunidade que apareceu quando eu me formei, aí eu não ia deixar né?! aí comecei a trabalhar aqui.” (E2). “Eu fui convidado, já era conhecido, aí fui convidado pra trabalhar na

emergência psiquiátrica.” (E9)“

De acordo com os dados obtidos por Feitosa *et al* (2012), um elemento grave trata-se da formação dos profissionais, que em boa parte das vezes são treinados a cuidar a partir do modelo tradicional, pautado no uso excessivo de medicação, provocando uma contenção química, assim como a contenção mecânica. No campo prático, atualmente, o que pode ser visto algumas vezes são profissionais com formações inadequadas para a atuação proposta pela reforma, que deveria ser humanizada e comprometida com a integração social.

Por outro lado, também existem pessoas dentro do grupo de participantes, advindas de outros serviços da rede, apresentando assim uma trajetória prévia no campo de saúde mental, o que se pode considerar um ponto positivo, tendo em vista que alguns profissionais podem apresentar dificuldades de desenvolver a atividade de trabalho em decorrência da falta de experiência e de formação na área específica. Já o ingresso através de concurso público foi citado por apenas dois dos participantes. “Fui transferida do CAPSi pra cá.” (E5). “Eu já tinha formação e pós-graduação em psiquiatria, comecei a vir pra cá voluntariamente, depois fui convidado pra ficar trabalhando na emergência.” (E7). “Fiz concurso e eu já havia trabalhado em psiquiatria e tinha gostado, aí fiz opção pela psiquiatria.” (E12)

Retomando aspectos defendidos por Dejours *et al.* (2015), é importante refletir sobre a história pessoal do trabalhador, pois seu organismo não é um “motor humano”, ele chega ao seu ambiente de trabalho com: aspirações, desejos e motivações que são anteriores. São essas características que tornam cada trabalhador único, e refletem diretamente em seu aparelho psíquico. Desse modo, todo trabalho desenvolve nos indivíduos cargas psíquicas que são positivas e também negativas.

Estes profissionais, que atuam na rede de saúde mental, nem sempre fazem essa escolha orientados pelo desejo, e em meio às contingências são direcionados aos serviços sem necessariamente possuírem uma formação específica para tal. Um dos pilares fundamentais dessa atuação diz respeito à interdisciplinaridade, como se pode observar nas falas a seguir.

“Existe receita pra outra profissão, pra o serviço social não, então o desafio é constante e as dificuldades também, elas existem, e à medida que vão surgindo as dificuldades a gente tem que buscar, buscar mecanismos pra superar aquelas dificuldades.” (E6)

De acordo com o estudo de Sampaio *et al.* (2011), o corpo coletivo de trabalho abarca a complexidade do conhecimento e isso impede o trabalhador de deter todo o saber, mas, em contrapartida, o instrumentaliza enquanto equipe multiprofissional, para encontrar saídas para os impasses da prática. Nas palavras de Sampaio *et al* (2011, p. 6):

Os saberes e as habilidades adquiridas durante a formação profissional, embora ofereçam as principais tecnologias disponíveis, não se mostraram suficientes para os desafios. Daí a necessidade, cotidiana, de novos saberes e práticas serem construídos pelos trabalhadores, mediante a invenção e a incorporação de novas formas de lidar com a demanda.

No que concerne ainda à formação profissional, observou-se que a maior parte dos participantes realiza o seu trabalho com base em uma bagagem pessoal de formação, bem como normativas e documentos inerentes a cada profissão, não havendo uma regulação desse trabalho diretamente para a prática da emergência psiquiátrica em leitos de hospital geral. “É, não tem um padrão, não tem um documento daqui do serviço, só da minha experiência mesmo de conhecimento técnico e formação mesmo.” (E4). “Eu já venho com a bagagem né, da pós-graduação.” (E13)

Observa-se, também, como outra via de formação, o próprio trabalho real e as regras de ofício fornecidas pelo coletivo de trabalho. Isso corrobora com a ideia de Dejours (2012) de que alguns consensos são necessários para deliberar essas regras do trabalho, bem como as saídas encontradas pelos trabalhadores para lidar com problemas complexos, como a arbitragem, demonstrando que algumas vezes a palavra de alguns trabalhadores sobressai à de outros. A arbitragem pressupõe um consentimento, construindo assim acordos normativos que dizem respeito aos modos operatórios de trabalho individual coletivo, o qual se torna uma referência para todos, como se pode observar na seguinte fala: “Antes de vir pra cá, quando eu fui chamado pra ser contratado, eu conversei, tive que conversar com a enfermeira, e isso ela me relatou tudo, e a coordenadora do serviço como deveria ser, entendeu?” (E9)

Caçapava et al. (2009), em estudo, trazem alguns aspectos importantes ao trabalho em saúde e destacam a necessidade de que “os profissionais de saúde se apropriem da compreensão do social, construindo estratégias operativas que ajudem a transformar a vida dos usuários com transtornos mentais, criando uma emancipação progressiva da doença, do estigma e da instituição, através da conformação de uma rede de cuidados em saúde mental” (p. 449).

Assim, o trabalhador que chega ao serviço, sem uma formação prévia, precisa se inserir nesse contexto muito mais complexo que representa o trabalho prático no dia –a dia de uma emergência psiquiátrica, que muitas vezes é algo totalmente novo para eles.

Um dos aspectos principais que exercem influências sobre esse trabalho da prática são as condições de trabalho e as lacunas entre o trabalho prescrito e o real existentes em cada serviço. Isso está relacionado, ainda, com as regras de ofício definidas por Dejours (2008), que são desenvolvidas pelos

trabalhadores e que são, ao mesmo tempo, regras técnicas e regras do saber viver, que se apresenta na prática como materialidade do espaço. Nesse sentido, os participantes destacam as principais lacunas que consideram como fatores importantes e que refletem no dia a dia do trabalho:

“A questão do hospital mesmo que é: entendo que uma urgência psiquiátrica precisa de um hospital com outras especialidades e que dê suporte aí pra vários problemas que o paciente possa ter, ortopédicos, clínicos e, aqui, isso é muito deficiente, ou não tem ou é muito deficiente.” (E4)

As limitações de estrutura, né?! uma equipe mais capacitada também, mais atualizada, com as normas atuais, acho que basicamente é isso. Nós temos essa limitação de estrutura, então a gente tem que arrumar de alguma forma pra que o paciente fique bem, né?!” (E13)

Isso corrobora o estudo de Buriola et al. (2017) que destaca a insatisfação da equipe, usuários e familiares, principalmente no que concerne à estrutura física, materiais de trabalho e recursos humanos. Além dos aspectos físicos da instituição, bem como o *déficit* na quantidade de trabalhadores que compõe a equipe, ainda se faz necessário manejar a escassez de materiais fundamentais para realização do trabalho.

“Às vezes é medicações, né?! Acho que é materiais. Precisamos, assim, algumas vezes de algum tipo de medicação diferenciada e não tem, realmente, às vezes, a quantidade de medicações é muito, muito escassa, é... medicações injetáveis também. (...) Então é uma coisa assim precária, entendeu? (...) mas a gente trabalha da forma que é possível, tenta trabalhar da forma que é possível.” (E10)

“[...] Ou as vezes quando você não tem leito, não tem cama, você tem que providenciar, tem que ligar pra secretaria, a gente sempre, entre aspas, dá um jeito, né, ligando pra os coordenadores, sempre reivindicando.” (E13)

Assim se percebe o manejo que o trabalhador desenvolve para lidar com as contingências do próprio serviço, concomitantemente com as limitações que se impõem, inclusive dentro do próprio hospital, que em si mesmo tende a segregar os indivíduos.

“É uma exigência do ministério da saúde que a emergência psiquiátrica seja uma ala dentro do hospital geral, existe uma divisória, mas, assim os próprios colegas no geral é assim, às vezes o paciente é nosso paciente, está estabilizado e tá com alguma patologia e a gente diz que: ‘não diga que toma remédio controlado’, porque se disser não vão nem lhe examinar, é muito complicado.” (E12)

Percebe-se, nesse sentido, que a formação e a trajetória profissional de cada trabalhador são diversas e requerem um manejo que está para além do que é disposto enquanto

prescrição para sua função. O trabalho real torna-se o produto entre essas experiências e habilidades próprias de cada um no fazer específico da emergência nos leitos psiquiátricos em hospital geral. O saber-fazer e a experiência da prática se constroem, então, a partir das demandas que emergem da situação real vivida pelos trabalhadores (Dejours, 2012), portanto é fundamental analisar a trajetória e a formação profissional pela via da psicodinâmica pois os trabalhadores se deparam, com uma situação de confronto entre sua formação, os protocolos orientadores e a singularidade de cada atendimento.

Essa experiência é um arsenal que o trabalhador possui, corroborando Dejours (2007; 2008) que a maior característica do trabalho é que, mesmo com toda a organização e concepção bem estabelecida, é impossível que os objetivos e a qualidade sejam alcançados se as prescrições forem estritamente e escrupulosamente respeitadas. No trabalho real ocorrem eventos inesperados, incidentes, imprevistos que provocam uma discrepância entre o trabalho prescrito e o trabalho real, desse modo, não existe trabalho que se limite apenas à execução. Esse entremeio, o hiato que há entre prescrito e real precisa ser inventado ou descoberto pelo trabalhador a partir dessas estratégias próprias.

O TRABALHO REAL: MOBILIZAÇÃO E INVENTIVIDADE

Outra categoria que emergiu a partir das falas foi relativa ao Trabalho Real, mais especificamente se referindo às estratégias de mobilização e inventividade dos trabalhadores, a partir da concepção proposta por Dejours de Inteligência da Prática. Observa-se, nesse aspecto, que o trabalho na emergência psiquiátrica se caracteriza inicialmente pela falta de rotina padronizada, evidenciada pela ausência de prescrições, tendo em vista a amplitude da demanda atendida e das intercorrências que surgem no dia a dia da atividade, ocasionando a mudança de rotina a qualquer momento. Isso pode ser evidenciado a partir da fala a seguir: "Porque aqui não é rotina, 'num' é?! As demandas são diferenciadas, tem transtorno, tem, tem é... Depressão pós-parto, tem abstinência de drogas, alcoólica, o serviço daqui é, é, é... uma demanda que vem de outras cidades também." (E1)

É possível perceber, ainda, um vazio de normas inerentes ao serviço em sua singularidade. Cada profissional realiza sua atividade baseada em protocolos e prescrições mais gerais da sua profissão especificamente, sem necessariamente conhecer as normativas referentes ao trabalho na emergência psiquiátrica. "Não, eu trabalho dentro do meu código de ética, né?! tentando não ser invadida nem tampouco invadir é... o campo profissional do outro." (E6). "A gente segue os preceitos, né, que são postos pra gente desde a faculdade e também do Ministério da Saúde." (E13)

Zgiet (2013), em seu estudo, comprova a dificuldade que

os profissionais ainda encontram para atuar a partir da perspectiva da reforma psiquiátrica. Um fato importante destacado na fala dos entrevistados é a necessidade de esforço inovador, criatividade e atitude. Em contrapartida, no que diz respeito ao real do trabalho, os trabalhadores criam entre si uma rotina para os atendimentos, de modo que cada um organiza seu trabalho com base nessa rotina e nas prescrições do coletivo de trabalho. Isso corrobora com a ideia de coletivo de Dejours (2007), do aspecto da liberdade de deliberação e da convivência, que desembocam em uma vontade de agir em nível coletivo. Alguns profissionais destacam o cuidado com essa delimitação de funções, em uma tentativa de não invadir o lugar e o saber do outro, como se percebe nas falas a seguir: "Eu faço o que é de competência da coordenação, mas sempre eu fico observando todos os serviços, todos os serviços de um modo geral." (E1). "Quando meu trabalho me gera estresse, me gera mal-estar psíquico, né, há... ou quando eu vejo que eu fico impossibilitado de realizar meu trabalho direito por causa das condições do ambiente." (E4)

O real do trabalho se coloca em contingências diversas, e nem sempre essa divisão do trabalho é possível de se realizar. Um dos aspectos que contribuem para que a atividade, por vezes, se misture em demasia, é a precarização que se observa no serviço, principalmente pela equipe reduzida de trabalho. "Porque enfermeira 24 hs tem, mas, por exemplo, a assistente social já não tem 24hs, nem final de semana, então muitas vezes a gente acaba fazendo o papel da assistente social." (E2). "Psicóloga também a gente não tem. Tem uma psicóloga, então não é todos os dias que ela tá aqui, então a gente também já vai pra essa parte de psicologia, então acho que a gente acaba fazendo um "pouquin" de cada." (E2)

Nesse sentido, é importante refletir acerca dos problemas contemporâneos trazidos por Dejours (2012) no mundo do trabalho, que são as avaliações dos desempenhos individuais que desembocam na desestruturação da solidariedade por promover uma concorrência generalizada, envolvendo até gratificações e risco de punições, apesar de isso não aparecer de forma direta nos discursos. Esse contexto contribui para as condutas desleais e desconfiadas entre os colegas de trabalho.

Essa grande demanda que existe no serviço se justifica também por se tratar de uma cidade referência em atendimento emergencial em psiquiatria para várias cidades circunvizinhas de todo o estado da Paraíba. Há, nesse ponto, uma contradição delicada, tendo em vista o reduzido número de leitos, que se mostra insuficiente, permitindo o acolhimento de poucas pessoas para a internação. "Tem toda uma rotina quando a gente é procurado é.. é.. Mas, aí, é tem a nossa equipe, né, de enfermagem, cuidadores, médicos (...), mas é bem assim tranquila em termos de... atendimentos porque só são

20 leitos.” (E1)

Nesse sentido, um dos principais desafios para o trabalho trata-se da conciliação entre a demanda interna e suas intercorrências, bem como a demanda ambulatorial que surge ao longo do dia. “Eu faço plantão de 12 horas então chego pela manhã às 7 horas e desde o início meu trabalho é o mesmo, é evoluir os pacientes internos e atender os pacientes que vão chegando, mas é basicamente isso.”

Dessa forma, cada trabalhador estabelece uma rotina de trabalho e cada um se responsabiliza pela sua função, ora individualmente, ora coletivamente, como podemos observar nas falas: “Dentro desse atendimento é avaliação clínica, prescrição médica, conversar com os outros profissionais sobre os casos.” (E4)

“Primeira coisa que a gente faz quando chega é passar as visitas dos pacientes no ambulatório, ver as prescrições da noite, como eles passaram a noite, se eles passaram a noite bem, se teve alguma intercorrência, algum paciente agressivo, algum paciente que quis fugir ansioso pra alta, se teve alguma discussão com o pessoal da equipe médica, então a gente procura saber tudo que aconteceu na noite anterior, passa as visitas no momento no leito”. (E7)

Ou seja, observa-se que mesmo diante do vazio de normas, mencionado anteriormente, e dos imprevistos que surgem relacionados ao próprio objeto do trabalho deles, os trabalhadores se organizam de modo a construir alguma rotina que possam seguir, ao menos, como ponto de partida para suas atividades. Dejours (2012) destaca a importância dessas regras de ofício criadas pelos próprios trabalhadores, para realizar o trabalho na prática.

A fala anterior já traz, intrinsecamente, o aspecto da passagem do plantão. Cada trabalhador, ao iniciar a atividade, entra em contato com o trabalhador que está encerrando o seu plantão para comunicar os acontecimentos importantes e as condutas que foram realizadas. Isso demonstra a importância e a necessidade do coletivo para estruturar o trabalho de cada um. “Quando eu chego pra trabalhar, né, então eu vou é... tomar conhecimento de quantos pacientes nós temos internados, [...] se existe, já previamente, alguma indicação de que é necessária a atuação específica do serviço social.” (E6). “Quando eu chego de manhã, eu vou receber o plantão dos meus colegas, a passagem de plantão que é o primeiro passo.” (E9)

Logo em seguida, os trabalhadores destacam a necessidade e importância do acolhimento. Referem que precisam verificar se há algum paciente para fazer o acolhimento e a questão da evolução dos pacientes que estão internos. Isso corrobora com o que Dejours (2011) aponta, de que o trabalho coletivo exige ainda uma inteligência inventiva individual e que só é possível a partir da junção das inteligências sin-

gulares, que precisam se inscrever em uma “dinâmica coletiva comum”. Isso implica no conhecimento por parte de cada trabalhador do saber-fazer da função dos demais, para que o outro compreenda como se respeita ou se afasta das regras de trabalho. Em contrapartida, essa visibilidade gera um risco de se revelar todas as engenhosidades pessoais, bem como as falhas, sendo a confiança uma das grandes dificuldades do trabalho coletivo (Dejours, 2012).

Apesar das especialidades se encontrarem em muitos aspectos, existindo assim um acordo entre cada um, do que vai ser feito, é importante destacar o fazer de cada um, as estratégias pessoais que cada trabalhador desenvolve para realizar a atividade. “Conversar com os usuários e familiares que estejam acompanhando, mesmo antes eu pergunto a equipe se há alguma coisa que já indique a necessidade de uma intervenção profissional que seja do social.” (E6). “[...] Conversar com eles, vê se tá lúcido e orientado, o que tá lúcido e o que não tá.” (E9)

Observa-se, nas falas, que o trabalho não se dá de forma rígida, apenas no intuito de seguir as rotinas. Isso está de acordo com a descrição de Dejours (2011) sobre a inteligência astuciosa e as regras de ofício já citadas, em que cada atividade a ser desempenhada exige, por parte do trabalhador, um investimento da inteligência prática do sujeito, bem como sua personalidade. Tais aspectos ainda foram evidenciados na fala a seguir, quando os profissionais explicam até a forma singular com que observam se os usuários estão orientados:

“Ver como eles passaram a noite, como eles estão se sentindo, pelo menos que esteja confuso, mas é bom à gente escutar eles, entendeu?! Ele pode estar confuso, desorientado, agora chega o dia que eles tão muito desorganizado, aí não tem como você, você tentar assim trabalhar com ele, o modo como você chama pelo nome dele, você percebe se ele tá orientado ou não tá orientado, não tá, vamos conversar mais um pouquinho pra vê se ele consegue chegar. Depois vamos auxiliar o médico com atendimento e o enfermeiro e até a tarde é assim, até sete da noite”. (E9)

A imprevisibilidade e complexidade da atividade são fatores que contribuem para uma tensão no trabalho, pois os trabalhadores mantêm-se em alerta a maior parte do tempo e até já se habituaram com determinados imprevistos, principalmente a evasão em forma de fuga dos pacientes.

“A gente tá conversando aqui quando “da fé” chega um ali, entendeu?! É bem imprevisível, mesmo, os imprevistos aqui. Às vezes tem muito paciente que tá assim no refeitório, quando “da fé” ele joga o prato, se levanta e dá um surto nele, entendeu?! É bem imprevisível assim.” (E3)

“Por exemplo, evasão de um paciente, isso é uma coisa que acontece, mas você sabe que a qualquer momento pode acontecer. [...], você sabe que pode acontecer, mas espera

que não.” (E4)

Todo esse contexto de imprevisibilidade provoca, no trabalhador, um sentimento de insegurança que influencia diretamente na realização da atividade e na rotina, arraigado por elementos de uma visão ainda hospitalocêntrica dos usuários do serviço, como resquício das práticas anteriores à Reforma Psiquiátrica. De acordo com Pinho et al. (2010), é possível observar processos de trabalho caracterizados pelo modelo biomédico, em que os trabalhos se pautam numa lógica parcelada do sujeito e do conhecimento, em que as relações são verticalizadas e, por consequência disso, o cuidado também é fragmentado. “A saúde e o trabalhador vão se alienando, distanciando-se, deixando de lado a valorização, a autonomia e a libertação de sujeitos” (Pinho et al., 2010, p. 4).

“Porque assim, você vê que a gente não tem nenhuma segurança aqui, porque assim os pacientes ficam beem... assim, soltos, tá entendendo?! Aqui oh! a parte de medicação a gente não pode.. Sempre tem que ficar um aqui no posto, pra não entrar um paciente aqui e mexer na medicação, quando um tá lá dentro, por exemplo, assim, quando chega um paciente agitado com o SAMU eu fico na porta pra os meninos poder ir ajudar, porque era pra ter mais gente aqui, outros técnicos, outros cuidadores pra ajudar, tudo isso é meio, entendeu?!” (E3)

“Aqui é a agressão, né, às vezes podemos ser agredidos, tanto pelos pacientes e às vezes pela família mesmo às vezes. Já aconteceu isso, desacato, né, com funcionário público.” (E10)

Desse modo, percebe-se ainda a insegurança que os trabalhadores demonstram em relação aos imprevistos e variabilidades do dia a dia da atividade, principalmente por se tratar de uma demanda que surge emergencialmente. Esses dados apresentam-se em consonância com Pai et al. (2011) que ressaltam o estado de tensão e vigília constante dos trabalhadores, como na fala a seguir, demonstrando essa variação com a qual os trabalhadores se deparam diariamente.

“Variado, tem dia que é mais tranquilo, tem dia não, que é muito pesado, vem às vezes pacientes que não é da área e temos que atender de toda forma, é uma coisa bem variada, não tem muita rotina não, o número aqui de atendimentos é pela demanda mesmo, a gente não... não, assim, delimita alguma quantidade de pacientes que a gente vê não, é... pela demanda mesmo do local, o que tiver que atender temos que atender, entendeu?!” (E10)

A partir dessa variabilidade que os trabalhadores trazem, Dejours (2012) afirma que o trabalho é exatamente o que o sujeito imprime de si, dentro das prescrições para que se alcance a finalidade do que se propõe na atividade. Inclusive, é isso que ele impõe para si, para dar conta do que não funciona quando

se segue estritamente o que é prescrito. E também defende que se fosse possível seguir à risca, a partir de uma obediência absoluta, o trabalho seria uma catástrofe. Nesse sentido, outro trabalhador afirma:

“Eu faço uma visita todas as manhãs, eu espero a hora deles estarem medicados. Você não trabalha com uma pessoa numa condição daquela, então espero que os médicos prescrevam a medicação, eles vão pra o leito, adormecer, então quando acorda já acorda com mais condição de fala.” (E5)

Todo esse contexto de trabalho corrobora o estudo de Sampaio et al. (2011) em que se destaca o discurso dos trabalhadores no que diz respeito à insatisfação com o trabalho, tanto pelas instalações físicas que muitas vezes são pequenas e/ou inadequadas para a realização das atividades propostas, como o sucateamento dos serviços pela falta de investimento econômico por parte dos gestores, o que ocasiona a escassez de materiais e equipamentos. Outra queixa frequente dos profissionais entrevistados neste estudo refere-se ao número reduzido de profissionais na equipe, que acarreta na sobrecarga do trabalho, salários baixos e, outro fator preocupante, a falta de formação continuada para os profissionais atuantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais que atuam na emergência psiquiátrica precisam lidar o tempo todo com as imprevisibilidades próprias relativas ao trabalho real, aos destinatários deste trabalho, e à dinâmica desse tipo de serviço.

Nesse sentido, é emergente a necessidade de se discutir acerca do trabalho real desses sujeitos, levando-se em consideração a complexidade e mobilização necessárias no desenvolvimento deste trabalho, no sentido de contribuir para o desenvolvimento de políticas de formação e atenção à saúde mental desses trabalhadores que, como mostram os resultados da pesquisa, através do seu saber-fazer tanto se atravessam com a história de vida dos pacientes e seus familiares, gerando sobrecarga. Observou-se, ainda, que outros fatores, relacionados a condições e organização do trabalho e do ambiente, têm influência direta na atividade, assim como no número de trabalhadores afastados do trabalho, na atualidade do Brasil, em decorrência de consequências psíquicas geradas através do trabalho, cresce a cada dia.

A atenção das pesquisas no campo da saúde e a subjetivação dos trabalhadores no âmbito da atividade em saúde mental voltam-se muito frequentemente aos Centros de Atenção Psicossocial e pouco aos espaços de emergência. Assim, as limitações do estudo podem ser pensadas a partir da perceptível escassez de pesquisas que se ocupam da atividade de

trabalho dos profissionais dessa área específica de atuação, que parece ser pouco lembrada, tornando-se coadjuvante na Rede de Atenção Psicossocial. A escassez se dá, mais especificamente, para estudos que discutam a carga psíquica específica do trabalho em emergência psiquiátrica pela via das clínicas do trabalho, bem como os aspectos da saúde desses trabalhadores.

Desse modo, espera-se que outros estudos possam emergir, adentrando por esse campo que tanto tem a nos revelar, inclusive para que se realize a manutenção das práticas desinstitucionalizadoras dos sujeitos usuários da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e que a comunidade científica e os trabalhadores de saúde mental estejam atentos a toda e qualquer tentativa de se cristalizar práticas retrógradas, que trazem prejuízos graves para usuários e trabalhadores através do sucateamento e segregação crescente desses serviços.

FINANCIAMENTO

A pesquisa relatada no manuscrito foi financiada pela bolsa de mestrado da primeira autora (CAPES).

DECLARAÇÃO DA CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Certificamos que todos os autores participaram suficientemente do trabalho para tornar pública sua responsabilidade pelo conteúdo. A contribuição de cada autor pode ser atribuída como se segue:

E.L.M.L e T.A.C.O.M foram responsáveis pela administração do projeto, análise formal dos dados, conceitualização, investigação, metodologia, redação – preparação do rascunho original, redação – revisão e edição, tabulação dos dados, validação e visualização. T.A.C.O.M foi responsável ainda pela orientação e supervisão da pesquisa.

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram que não há conflitos de interesse no manuscrito submetido.

No texto do manuscrito suprimimos a seguinte informação para garantir o anonimato dos autores. Pedimos que essa informação seja incorporada ao texto na ocasião da sua diagramação.

[Comitê de ética em pesquisa do CESED (Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento), CAAE n. 95459518.8.0000.5175.

REFERÊNCIAS

- Amarante, P. (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. E. (2012). Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In L. Giovanella, S. Escorel, L. V. Lobato, J. C. Noronha, & A. I. Carvalho (Eds.), *Políticas e sistemas de saúde no Brasil* (pp. 635-656). Fiocruz.
- Bezerra, E. B., Silva, E., Máximo, T.A.C.O., & Melo, J.S. (2018). O trabalho de equipes interdisciplinares nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Estudos e Pesquisas em Psicologia, 18*(1), 169-188.
- Botega, N. J. (2006). Psiquiatria no hospital geral: histórico e tendências. In: Botega, N.J (Org.). *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, p. 17-34.
- Buriola, A. A., Kantorski, L. P., Sales, C. A., & Matsuda, L. M. (2016). Nursing practice at a psychiatric emergency service: evaluation using fourth generation assessment. *Texto & Contexto - Enfermagem, 25*, 1-9.doi.org/10.1590/0104-070720160004540014
- Caçapava, J. R., Colvero, L. A., & Pereira, I. M. (2009). A interface entre as políticas públicas de saúde mental e promoção da saúde. *Saúde Soc, 44*6-455.
- COM 81 Caps, a Paraíba é primeiro lugar em cobertura de saúde mental. PB AGORA, 2013. Disponível em: <<https://www2.pbagora.com.br/noticia/saude/20131010145451/com-81-caps-aparaiba-e-primeiro-lugar-em-cobertura-de-saude-mental>>. Acesso em: 30 de setembro de 2020.
- Dejours, C. (1987). A metodologia em Psicodinâmica do Trabalho. In C. Dejours (Org.), *A loucura do trabalho - Estudo de psicopatologia do trabalho* (pp. 125-150). Cortez.
- Dejours, C. (1993). A metodologia em psicologia do trabalho. In S. Lancman & L. L. Sznelwar (Eds.). *Cristopher Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho* (pp. 105-126). Fiocruz/Paralelo 15.
- Dejours, C. (2004). Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Em S. Lancman, & L. I. Sznelman, *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Dejours, C. (2007). *A banalização da injustiça social*. Editora FGV.
- Dejours, C. (2008). *A avaliação do trabalho à prova do real*. Blucher.
- Dejours, C. (2011). Addendum: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Em S. Lancman, & L. I. Sznelman, *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho* (pp. 57-123). Brasília: Paralelo 15.

- Dejours, C. (2012). *Trabalho e emancipação* Paralelo.
- Dejours, C., Abdoucheli, E., & Jayet, C. (2015). *Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. Atlas.
- Dejours, C.; & Bègue, F. (2010). *Suicídio e trabalho: o que fazer?* Paralelo.
- Feitosa, K.M.A.; Silva, T; Silveira, M.F.A.; Junior, H.P.O.S. (2012). (Re)construção das práticas em saúde mental: compreensão sobre o processo de desinstitucionalização. *Psicologia: teoria e prática*. V 14, n. 1, p. 40-54.
- Governo do Estado da Paraíba (2013). *Com 81 Caps, Paraíba é primeiro lugar no País em cobertura de saúde mental*. <http://antigo.paraiba.pb.gov.br/index-43647.html>
- Laville, C.; & Dione, J. (2008). *A construção do saber*. Editora UFMG.
- Lei 10.216/01, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília/ DF. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental.
- Mateus, M. D. (2013). O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). In M. D. Mateus (Org.), *Políticas de saúde mental: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira* (pp. 139-158). Instituto de Saúde.
- Minayo, M. C. S. (1993). *O Desafio do Conhecimento*. São Paulo: Hucitec.
- Ministério da Saúde (2017). Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Ministro de Estado da Saúde. <http://138.68.60.75/images/portarias/dezembro2017/dia22/portaria3588.pdf>
- Ministério da Saúde (2019). Nota técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS de 04 de fevereiro de 2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde. <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>
- Pai, D. D., Lautert, L., & Krug, J. S. (2011). Psicodinâmica e saúde mental do trabalhador de enfermagem: ritmo acelerado e intensificação do fazer. *Enfermagem em Foco*, 2, 38-43.
- Paim, J. S., & Almeida-Filho, N. (2014). Reforma Sanitária Brasileira em perspectiva e o SUS. In J. S. Paim & N. Almeida-Filho (Eds.), *Saúde coletiva: teoria e prática* (pp. 203-209). Medbook.
- Pelisolli, C., Moreira, A. K., & Kristensen, C. H. (2007). Avaliação da satisfação e do impacto da sobrecarga de trabalho em profissionais de saúde mental. *Mental*, 5(9), 63-78.
- Pinho, L. B., Hernández, A. M., & Kantorski, L. P. (2010). Trabalhadores em saúde mental: contradições e desafios no contexto da reforma psiquiátrica. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 14, 260-267.
- Ramminger, T. (2005). *Trabalhadores de Saúde Mental: Reforma Psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental*. [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul].
- Sampaio, J. J., Guimarães, J. M., Carneiro, C., & Filho, C. G. (2011). O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4685-4694.
- Zgiet, J. (2013). Reforma Psiquiátrica e os trabalhadores da saúde mental - a quem interessa mudar? *Saúde em debate*, 313-323.

Data de submissão: 27/09/2019

Data da primeira decisão editorial: 01/06/2020

Aceite: 05/05/2021