

Reflexões sobre a atuação de quem cuida na saúde mental

Reflections on the care of mental health care

DOI:10.34117/bjdv6n10-386

Recebimento dos originais: 11/09/2020

Aceitação para publicação: 19/10/2020

Elias Neves do Nascimento Filho

Titulação: Graduação em Terapia Ocupacional - (UNCISAL);

Esp. caráter de residência em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia(ESPVS); Esp. caráter de residência em Saúde Mental pela Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia(ESPVS).

Instituicao: Clinica de Reabilitação da Associação/ Pestalozzi de Maceió/AL

Endereço: Av. Prof. Santos Ferraz, 213 - Ap. 404 A Bairro: Poço- Maceió - AL CEP:57025-040

Email: elias_max_@hotmail.com

Douglas Prado Araújo

Titulação: Professor de Educação Física pela Universidade Estadual Vale do Acaraú- UVA.

Especialista em Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acaraú- UVA.

Professor de Educação Física da Rede de Saúde Mental (RAISM) de Sobral-Ceará.

Instituição: Secretaria de Saúde de Sobral- Ceará

Endereço: Rua Brasil Oiticica, 247, Ap 102, Campo dos Velhos, Sobral, Ceará, CEP: 62030080.

Email: douglaspradomsn@hotmail.com

Douglas Ferreira Rocha Barbosa

Titulação: Enfermeiro pela Faculdade Estácio de Alagoas FAL

Instituição: Faculdade Estácio de Alagoas FAL

Endereço: Rua Prefeito Abdon Arroxelas 667. Maceió-AL, Brasil.

Email: douglasrochaefata@hotmail.com

Stela Lopes Soares

Titulação : Doutorado em andamento em Educação pela Universidade Estadual do Ceará (PPGE/UECE).

Mestra em Ensino na Saúde pela Universidade Estadual do Ceará- (UECE).

Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação Física Escolar (GEPEFE/UECE).

Professora do Curso de Educação Física do Centro Universitário INTA - UNINTA.

Instituição: Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Centro Universitário INTA (UNINTA).

Endereço: Rua Brasil Oiticica, 247, Ap 102, Campo dos Velhos, Sobral, Ceará, CEP: 62030080.

Email: stelaopesoares@hotmail.com

Luciene Gomes Rocha

Titulação : Graduanda de Enfermagem pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas-UNCISAL

Instituição: Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas-UNCISAL

Endereço: Sítio Talhado/Zona Rural-União dos Palmares-AL, Brasil.

Email: rochaluciene221@gmail.com

Mylena dos Santos Cavalcante

Graduação em Fonoaudiologia - Uncisal;
Pós Graduada em ABA – ANÁLISE DO COMPORTAMENTO APLICADA - Faveni.
Instituição: Associação dos Deficientes Físicos de Alagoas
Endereço: Conjunto Luiz Renato de Paiva Lima, 04 - Maceió - AL, Brasil.
Email:mylenadossantoscavalcante@gmail.com

Rayane Medeiros dos Santos

Titulação: Graduação em Fonoaudiologia - (UNCISAL);
Instituição: Centro Especializado em Reabilitação IV e na Unidade Aline de Moraes Marinho
Endereço: Residencial Denison Amorim, 222, Marechal Deodoro - AL, Brasil.
Email: rayanemedeiros030@gmail.com

Bruno Falcão Batista

Titulação: Graduação em Educação Física, Universidade Estácio/Fic. Esp. caráter de residência em Saúde Mental pela Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia(ESPVS); Secretária de Inclusão Social, Meruoca-ce e Docente de Educação Física na APAE-Meruoca.
Instituição: Secretária de Inclusão Social, Meruoca-ce e Docente de Educação Física na APAE-Meruoca- Ceará.
Endereço:Rua da Cagece, s/n , Centro, Meruoca - Ce, Brasil.
Email brunofalcaob@gmail.com

RESUMO

A saúde configura-se como um dos elementos da cidadania, como um direito das pessoas que vai além da perspectiva de curar e evitar doenças, mas sim de ter uma vida saudável. Contudo, atualmente ainda nota-se uma falta de ações voltadas para a saúde mental do trabalhador no âmbito da atenção secundária. Diante do exposto, pode-se destacar que, em função da magnitude dos transtornos mentais relacionados ao trabalho na atualidade e das dificuldades já identificadas com relação às ações de atenção à saúde do trabalhador, fez-se necessário promover esses momentos para os mesmos. Diante disto, o trabalho visa contribuir para a promoção da qualidade de vida dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas - CAPS AD no município de Sobral – CE. Tratou-se de uma pesquisa-intervenção, que teve como cenário o serviço supracitado. Os sujeitos da pesquisa foram os trabalhadores do serviço que aceitassem a participar dos momentos de cuidado. Foram acontecendo momentos simultâneos, durante toda a intervenção, sendo a primeira um momento para explicar sobre o projeto, utilizando-se de figuras/palavras geradoras e a leitura do TCLE e aplicação de um questionário individual contendo cinco perguntas. Percebeu-se ainda que foram muito agradáveis para os participantes os momentos individuais, em que puderam estar no lugar oposto, de serem ouvidos. Desta forma, ao longo da intervenção o grupo tornou-se mais integrado, o que trouxe bem-estar e qualidade de vida ao ambiente de trabalho, tornando os processos mais leves.

Palavras-chaves: Saúde Mental – Saúde do Trabalhador – Terapia Ocupacional

ABSTRACT

Health is configured as one of the elements of citizenship, as a right of people that goes beyond the perspective of curing and avoiding diseases, but of having a healthy life. However, currently there is still a lack of actions aimed at the mental health of workers in the context of secondary care. In view of the above, it can be highlighted that, due to the magnitude of mental disorders related to work today and the difficulties already identified in relation to the health care actions of workers, it was necessary

to promote these moments for them. Given this, the work aims to contribute to the promotion of the quality of life of workers in a Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs - CAPS AD in the municipality of Sobral - CE. It was an intervention research, which took place in the service mentioned above. The research subjects were the service workers who accepted to participate in the moments of care. Simultaneous moments took place, during the entire intervention, the first being a time to explain about the project, using figures / generating words and reading the IC and applying an individual questionnaire containing five questions. It was also noticed that the individual moments were very pleasant, when they could be in the opposite place, to be heard. Thus, throughout the intervention, the group became more integrated, which brought well-being and quality of life to the work environment, making processes lighter.

Keywords: Mental Health - Occupational Health - Occupational Therapy

1 INTRODUÇÃO

No decorrer dos anos a saúde vem tendo uma gama de conceituações relacionadas à promoção e prevenção à saúde desde o movimento da reforma sanitária, desencadeada no final da década de 70 e culminando com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde se criou o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo publicado oficialmente na Constituição de 1988. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) se propõe a considerar o usuário inserido em seu território e suas condições de vida que determinam o processo de adoecer, produzir saúde e viver das pessoas. Dessa forma, a saúde configura-se como um dos elementos da cidadania, como um direito das pessoas que vai além da perspectiva de curar e evitar doenças, mas sim de ter uma vida saudável (PERES, 2002).

A ESF tem se tornado a estratégia fundamental na consolidação da assistência básica do Brasil. Esta consolidação acontece de forma simultânea com o processo de reforma psiquiátrica do Brasil, que é o processo de formulação crítica e prática ocorrido na assistência psiquiátrica brasileira, onde a atenção secundária procura se organizar para prestar uma assistência de qualidade também (TENÓRIO, 2002).

Já a Reforma Psiquiátrica gerou uma movimentação histórica e revolucionária no Brasil, passando a quebrar diversos paradigmas da assistência psiquiátrica, que sempre foi centrada no regime hospitalocêntrico (LIMA et al, 2016).

Assim, a partir dessa reforma, nas décadas de 1970 e 1980, surge como proposta inovadora a desinstitucionalização do usuário, mas que para isso precisou ser criada uma rede substitutiva de assistência aos transtornos mentais seguindo o exemplo do médico italiano Franco Basaglia. De acordo com Mesquita, Novellino e Cavalcanti (2010), este profissional assumiu uma atitude contrária à psiquiatria clássica e hospitalar, defendendo que o doente mental deveria voltar a viver com sua família,

quando propôs não somente substituir os locais de tratamento, mas modificar a maneira como os usuários eram tratados, não os reduzindo apenas à patologia, mas cuidando de uma forma holística.

Em 1987, acontecem a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), sendo construído o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Em 1988 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS). Já em 1989 começou a tramitar no Congresso Nacional o Projeto de Lei 3657/1989 do deputado Paulo Delgado, com o intuito de regulamentar o direito das pessoas com transtornos mentais e extinção progressiva dos hospícios no país.

De acordo com o Ministério da Saúde, apenas no ano de 2001, mesmo ano que aconteceu a III Conferência Nacional de Saúde Mental, a lei 10.216/2001 é aprovada. Essa política criada confere aos Centros de Apoio Psicossociais - CAPS um papel estratégico na mudança de modelo (BRASIL, 2005).

Desde os meados dos anos 2000, foi possível detectar dois grandes e importantes movimentos no Brasil que foram da construção de uma rede de saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar e de uma maior atenção e fiscalização, objetivando reduzir, pouco a pouco, a quantidade de leitos psiquiátricos existentes até sua extinção total (FONTE, 2011).

Assim, a reforma psiquiátrica foi consolidada como política oficial do SUS na III Conferência anteriormente falada. Então, começaram a surgir os CAPS, as residências terapêuticas (RT), os hospitais dias (HD), onde os usuários frequentam a unidade hospitalar diariamente durante o período diurno, passando o restante do dia com a família e a comunidade onde reside e a atenção básica, com ênfase numa ressocializadora assistência (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

A implantação dos CAPS no Brasil, foi algo inovador e importante na Reforma Psiquiátrica, mas que ainda enfrenta grandes dificuldades em suas implementações e atuações desde a inauguração do primeiro CAPS do Brasil em 1986, na cidade de São Paulo, que foi o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cergueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva (BRASIL, 2004).

No município de Sobral, havia uma Casa de Repouso chamada Guararapes cujo o enfoque era somente a doença e com a morte de um cliente chamado Damião Ximenes, de forma desumana, gerou uma grande mobilização, denúncias que culminou com o fechamento definitivo da casa e hoje funciona uma Universidade particular (PONTES, 2015).

Em novembro de 1999, CAPS Geral II foi inaugurado na cidade, como reconhecimento recebeu o nome de Damião Ximenes. Em 2002, foi implantado em Sobral o CAPS Francisco Hélio Soares de Álcool e Drogas (CAPS AD) e que em 25 de Março de 2012, no seu aniversário de 10 anos, foi presenteado com uma nova sede que vem até hoje contribuindo de forma valiosa na atenção a saúde

mental e conseqüentemente na melhoria da qualidade de vida das pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas e de suas famílias. (SÁ et al, 2007).

O CAPS AD de Sobral é um serviço de atenção secundária, tendo como público-alvo pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, sendo a maioria do seu público masculina. É referência para a Zona Norte e oferece estratégias de cuidado diversificadas e de acordo com a demanda, desejo e necessidade do indivíduo. O plano de cuidado é construído juntamente com o usuário do serviço (SÁ et al, 2007).

O CAPS oferece além do atendimento ambulatorial individual, diversos grupos como: Grupo de Reciclagem, Cinema, Música, Marcenaria, Redução de Danos, Tabagismo, Prevenção de Recaídas, Práticas Corporais, Práticas Corporais Aquáticas, grupos profissionalizantes como o de Informática e também o grupo de Família que é uma peça fundamental para o apoio ao tratamento.

Para o serviço ter uma maior qualidade nos atendimentos ao usuário e familiar é preciso ter uma equipe de profissionais integrada, preparada e disposta a oferecer um atendimento de excelência. Sabe-se que trabalho é o local onde a maioria das pessoas passa a maior parte do seu dia, desse modo o ambiente de trabalho irá refletir diretamente sobre a personalidade do indivíduo. No CAPS Ad têm profissionais de diversas categorias e funções, com carga horária de trabalho entre 30 a 40 horas semanais.

Para que o ambiente de trabalho ofereça todas as condições necessárias para o desenvolvimento harmônico das atividades e entre os profissionais de diversos setores, é necessário que exista organização e harmonia entre a equipe, e uma forma de possibilitar isso é de utilizar no CAPS Ad métodos contemporâneos de integração como, por exemplo, dinâmicas de grupo entre outras atividades voltadas para o trabalhador.

As constantes pressões por melhores resultados podem ter um efeito extremamente prejudicial tanto para o serviço e o usuário do mesmo, quanto para o trabalhador. Os transtornos psicológicos já são a terceira maior causa dos afastamentos trabalhistas no Brasil e esses números só tendem a aumentar em locais de trabalho que deixam de lado o aspecto humano do profissional. Nos últimos quatro anos, transtornos mentais e comportamentais, como altos níveis de estresse, foram a terceira maior causa de afastamento dos trabalhadores brasileiros. Mais de 17 mil casos de concessão do auxílio-doença e da aposentadoria por invalidez foram registrados entre 2012 e 2016 com este motivo, segundo o Boletim Quadrimestral sobre Benefícios por Incapacidade, divulgado parcialmente pelo governo federal (SILVA, 2014).

Um outro estudo divulgado pelo Ministério da Saúde, com base nos auxílios-doença concedidos pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), revelou que a dor nas costas foi a doença que mais afastou os funcionários de empresas em 2016, em especial no setor público. O que confirma que os transtornos mentais são a terceira maior causa de afastamento. Doenças como a depressão, a ansiedade e o estresse afastam o trabalhador do emprego por mais de quinze dias. A maioria das pessoas nem percebe que está doente.

Leão e Minayo Gomez (2014) trazem a questão da existência de uma eminente necessidade da discussão sobre o sofrimento mental no trabalho e a importância em responder a essa demanda, que cada vez mais se torna explícita na área de vigilância em saúde do trabalhador.

Percebeu-se durante a vivência, a presença de trabalhadores buscando desenvolver um diálogo pessoal e confidencial de sua vida profissional. Algumas questões trazidas foram de relacionamento entre os seus colegas de trabalho, como pouca comunicação, sintonia, interação e também da falta de um cuidado voltado para os mesmos. Relatos de alguns que já adoeceram no trabalho, falas de que trabalhar com saúde mental e cuidado com o usuário também os sobrecarregam emocionalmente e acabam provocando sinais e sintomas como insônia, irritabilidade e tensões físicas.

Notou-se, com isso, que se fez necessária uma maior atenção relacionada à assistência à saúde dos trabalhadores. Pois se percebeu que não haviam ações voltadas para a saúde do trabalhador no âmbito da atenção secundária. Diante desta realidade ao qual o pesquisador estava inserido a partir dos relatos e desabafos trazidos pelos profissionais sobre cansaço e adoecimento, refletiu-se sobre o que poderia ser feito para gerar um espaço de cuidado nesse ambiente de trabalho para proporcionar uma assistência a estes, com mais qualidade.

Para intervir nesta problemática, esta pesquisa propôs desenvolver no CAPS AD, uma atenção voltada aos trabalhadores do serviço através de um grupo terapêutico como uma estratégia de cuidado na atenção aos mesmos. Convencido que esses momentos em grupo se tornariam uma ferramenta importante, configurando-se em uma estratégia interessante para trabalhar a saúde mental, uma vez que a partir da escuta, troca de experiências, autoconhecimento e vínculo com o outro é possível disponibilizar o apoio mútuo.

Diante do exposto, pode-se destacar que, em função da magnitude dos transtornos mentais relacionados ao trabalho na atualidade e das dificuldades já identificadas com relação às ações de atenção à saúde do trabalhador, a questão da saúde mental dos trabalhadores é uma das demandas mais urgentes para os serviços de saúde dos trabalhadores. Desse modo, reforça-se o quanto foi necessária como medida de intervenção a este problema a criação desses momentos terapêuticos para a promoção

da saúde mental desses profissionais do CAPS em que atuei como residente de uma equipe multiprofissional, trazendo benefícios para a saúde dos mesmos.

Para tanto, tem-se como objetivo geral contribuir para a promoção da qualidade de vida dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas - CAPS AD no município de Sobral – CE.

2 METODOLOGIA

Este estudo trata-se de um Projeto de Intervenção com abordagem qualitativa que utilizou o Círculo de Cultura de Paulo Freire como referencial teórico-metodológico.

O Projeto de Intervenção é uma proposta de ação elaborada pelo residente, para a resolução de um problema real observado em seu território de atuação, seja no âmbito da clínica ou da organização dos serviços, buscando a melhoria das condições de saúde da população, no contexto da atenção primária. Assim Gil (2014), afirma que o propósito da pesquisa intervencionista é de identificar um problema a partir das observações da prática profissional e com isto desenvolver uma estratégia previamente definida e sistematicamente analisada seguindo-se etapas processuais para assim tentar solucioná-lo.

O Círculo de Cultura de Paulo Freire é uma metodologia participativa e democrática, que de acordo com Monteiro e Vieira (2010), é uma proposta de intervenção educativa que valoriza a experiência do grupo e promove a construção do conhecimento coletivo, dentro de uma perspectiva crítica-reflexiva.

A abordagem qualitativa relaciona-se ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2013).

O projeto de intervenção foi realizado no Centro de Apoio Psicossocial de Álcool e Drogas - CAPS Ad do bairro Campo dos Velhos na cidade de Sobral – Ceará.

Foi escolhido como cenário de desenvolvimento da intervenção por estar localizado no território de atuação do pesquisador e pela percepção de fragilidade em relação ao cuidado para a saúde do trabalhador, bem como da integração da equipe. Por isso a importância do olhar voltado para os profissionais, proporcionando-os alternativas de cuidado, como momentos terapêuticos e outras abordagens coletivas, para que os mesmos se sentissem olhados, acolhidos, cuidados e conseqüentemente mais dispostos e à vontade no seu ambiente de trabalho.

Envolveu um grupo de profissionais dos gêneros: feminino e masculino do CAPS Ad, que concordaram em participar da pesquisa na faixa etária de 18 a 60 anos de idade. Foram utilizados como critérios de exclusão àqueles profissionais que estavam em férias, de licença para tratamento de saúde e os que não concordaram em participar da pesquisa, não assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Atualmente, o serviço dispõe de um quadro fixo de profissionais, composto por uma coordenadora, vigias, dois agentes administrativos, dois técnicos de enfermagem, um artesão, uma atendente de farmácia, dois auxiliares de serviços gerais, três médicos, dois enfermeiros, dois psicólogos, um farmacêutico, uma assistente social, um profissional de educação física e duas equipes de apoio da Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RMSM) que possui dois terapeutas ocupacionais, duas psicólogas, duas assistentes sociais, duas enfermeiras, dois profissionais de educação física e três médicos da Residência Médica de Psiquiatria.

Participaram da pesquisa 20 profissionais. Os excluídos da pesquisa foram os vigilantes, já que não podiam sair do seu posto de trabalho, e os profissionais da Residência de Psiquiatria e da Residência Multiprofissional em Saúde Mental, pois integra na pesquisa como equipe de apoio.

Teve um Terapeuta Ocupacional como profissional de referência do grupo terapêutico e profissionais de apoio da equipe Multiprofissional da Residência de Saúde Mental composta por uma Assistente Social, um Educador físico, uma Enfermeira e uma Psicóloga.

A intervenção se deu em um momento com todos, onde foi apresentado o projeto, explicado o TCLE e solicitada a assinatura dos que tinham interesse em participar. Em seguida foram iniciados os momentos individuais do terapeuta ocupacional com os profissionais onde foi aplicado um questionário com as seguintes perguntas: Como você visualiza a integração entre a equipe no seu ambiente de trabalho? Quais as principais dificuldades encontradas nas condições de trabalho atuais? Como você se sente quando um cliente que acompanha abandona o tratamento ou comete suicídio? Você já adoeceu por conta dos processos de trabalho? Se sim, qual a doença? Realiza alguma atividade que lhe promova bem-estar?

Se sim, qual ou quais?

Foi utilizado também o Círculo de Cultura como referencial teórico-metodológico. Esse método é constituído de três etapas: 1) levantamento do universo vocabular; 2) busca das palavras geradoras; 3) organização das situações temáticas.

Como instrumentos de coleta de dados o método (levantamento do universo vocabular) foram utilizados: o diário de campo, durante os momentos individuais iniciais com cada profissional. Para a

identificação dos sujeitos, foram utilizadas nomenclaturas que caracterizaram os participantes com atributos dados pelos mesmos, tais como: Esforçado, Fofa, Calmo, Exigente 1, Empatia, Exigente 2, Persistente, Coragem, Valente, Humilde, Elétrica, Tímido.

De acordo com Minayo (2013), o diário de campo contém anotações realizadas todos os dias, pelos pesquisadores, acerca do que ele observa em determinado espaço de investigação. Enquanto a análise documental permite a identificação, a organização e a localização de informações acerca de fatos de determinados momentos.

De acordo com a análise das figuras/palavras geradoras feita pelo pesquisador e pelos profissionais participantes do grupo, foram planejados os momentos com as temáticas levantadas, dando início à última etapa do método.

Foram utilizados o diário de campo, além de registros fotográficos, gravações e filmagens, com a prévia anuência dos profissionais, mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Todo o material construído durante as intervenções foram registrados e consolidados para serem analisados posteriormente.

Foi utilizada a análise do discurso para analisar os dados coletados durante os momentos de intervenção, que para Minayo (2013), é uma proposta crítica que busca problematizar as formas de reflexão estabelecidas, trabalhando a linguagem tanto do senso comum, quanto do discurso político ou erudito, além de ser uma unidade complexa de significações.

As avaliações dos encontros foram feitas de forma sistemática, ao final de cada momento, tanto terapêutico, quanto de ginástica laboral, os profissionais avaliaram a metodologia utilizada, bem como a sua participação. Para isso, foram utilizadas tecnologias leves, a avaliação falada, quando os participantes puderam verbalizar sobre a atividade, bem como sugerir novas propostas para os próximos.

Ao término da intervenção, foi organizada uma roda de conversa com os profissionais para avaliação da dimensão da proposta desenvolvida e identificação dos impactos causados aos participantes.

O estudo foi submetido à Comissão Científica do município de Sobral e posteriormente ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Vale do Acaraú, obtendo parecer favorável, sob CAAE: 0204/2017.

A realização desse estudo que se enquadrou na modalidade de pesquisa de risco mínimo, foram seguidas as normas e diretrizes da Resolução N° 510 de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. E ainda incorporam em

seu contexto os quatros referenciais básicos da bioética que inclui: beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tendo em vista à importância de um olhar voltado para a saúde do trabalhador no serviço, foram realizadas as intervenções do grupo terapêutico, que aconteceram na sala de reunião do próprio CAPS. De modo geral, o grupo tinha por objetivo identificar, por meio das atividades e temáticas abordadas, as dificuldades e desafios de cada trabalhador, buscando sempre a resolução dessas dificuldades, das preocupações, anseios e tensões, fazendo com que eles conseguissem encontrar formas de relaxar e de lidar mais efetivamente com conflitos pessoais vividos no ambiente de trabalho, dentre outros espaços.

Foram cinco encontros terapêuticos com os profissionais do serviço reunidos, com duração em média de 40 a 60 minutos. O número de participantes variava em média 10 profissionais.

3.1 COMO VOCÊ ESTÁ, TRABALHADOR? DAS ENTREVISTAS INDIVIDUAIS

Momento pensado para extrair um pouco de algumas questões pessoais do trabalhador e de sua relação com o seu ambiente de trabalho, bem como de oportunizá-los um momento individual de escuta. Foi reservada uma sala exclusiva para esse momento onde foi explicado mais uma vez que se sentissem a vontade nesse momento e sobre o sigilo e preservação de sua identidade. Foi aplicado um questionário contendo cinco perguntas, de uma forma leve como se fosse uma conversa e não um questionamento ou interrogatório. Foram no total 20 profissionais entrevistados, dentre os quais 12 homens e oito mulheres, na faixa etária prevalente de quarenta anos, entre nível médio e superior e diversos cargos e categorias. A primeira pergunta foi sobre a percepção dos trabalhadores em relação à sua integração com a equipe de trabalho. O quadro um mostra as respostas para esse item.

Quadro 2: Da integração com a equipe de trabalho, Sobral-CE, 2019

Entrevistado	Respostas
01	“Boa, Todo mundo interage.”
02	“Boa, mas acaba flutuando devido a não disponibilidade do profissional, da visão de equipe multidisciplinar, também pela alta rotatividade de profissionais.”
03	“Integrada atualmente, conseguem se relacionar, se encontrar fora do ambiente de trabalho, os momentos terapêuticos em roda foram importantes, pois quebram o gelo.”
04	“Boa, bem integrados com os usuários, falando uma só voz, interage bem um com o outro.”
05	“Muito bem integrada, articulada, que se apoia.”

06	“Boa, os seres humanos têm suas particularidades.”
07	“Boa, a equipe tenta estar se ajudando para resolver as demandas da melhor forma possível.”
08	“Boa, me sinto em casa no trabalho.”
09	“Boa integração.”
10	“Boa integração, interatividade entre os profissionais de nível médio e superior.”
11	“Boa, em paz.”
12	“Um espaço de respeito, tolerância.”
13	“Cooperativa.”
14	“Tranquila. Ambiente agradável, o trabalho é nossa segunda casa, somos uma família.”
15	“Boa, às vezes têm divergências, olhares tortos, mas é boa.”
16	“Equipe integrada que está caminhando, ruim é a alta rotatividade de profissionais.”
17	“Boa, tenho vínculos, discussões de caso, são bons de interação meus colegas de trabalho.”
18	“Boa, consigo discutir os casos. Dos serviços que já trabalhei acho aqui o mais integrado.”
19	“Boa, a maioria ajuda uns aos outros, vejo a equipe mais integrada atualmente.”
20	“Integrada, flui bem, se discuti casos.”

Fonte: Primária, 2020.

Observou-se, que dos 20 trabalhadores que responderam, a maioria dos entrevistados relatou que a integração da equipe no ambiente de trabalho é boa.

Vale (2017) fala sobre a importância do trabalho da equipe dentro da instituição, uma vez que unidos podem agregar saberes, vivências e muito esforço para ajudar na recuperação dos usuários que ali se encontram. É o trabalho em equipe como facilitador para uma boa dinâmica relacional de trabalho. Neto et al. (2016) também veem o trabalho em equipe como fundamental para o funcionamento adequado no processo de trabalho, pois isso faz com que aconteçam relações amistosas e a interatividade com o outro é uma forma de facilitar o trabalho e ao alcance de objetivos comuns.

No CAPS Ad existe um momento semanal, nas quintas-feiras à tarde, em que todos os profissionais do serviço se reúnem para dialogar sobre o funcionamento do serviço, demandas e também ter discussão de algum caso que exija um olhar mais apurado de todos. E pôde-se ver no quadro também que a questão de poder discutir os casos com o colega de trabalho foi mencionada e, de fato, é uma premissa do modelo CAPS e da reabilitação psicossocial porque é o mecanismo que possibilita à equipe conhecer a história do usuário para melhor compreensão, avaliação e conduta do caso e poder ter o aparato e o olhar do colega de trabalho para melhores condutas relacionadas ao caso.

Foi visto então, que as atividades em equipe nesse serviço, segundo os profissionais, são bem integradas, a comunicação entre profissionais acontece e faz parte do exercício cotidiano de trabalho mesmo que algumas ações sejam realizadas de forma individual como: um acolhimento, atendimento individual, realização de um grupo ou de uma visita domiciliar, ocorrendo a interação entre os mesmos.

Seguiu-se a entrevista com a segunda pergunta que pretendia conhecer sobre as possíveis dificuldades em seu ambiente de trabalho que seja um obstáculo para a execução de seu trabalho.

Quadro 3: Das principais dificuldades encontradas no ambiente de trabalho, Sobral-CE, 2019

Entrevistado	Respostas
01	“De poder fazer mais pelo usuário, de transporte para realizar as visitas domiciliares, limitação do trabalho por insuficiência de material de trabalho.”
02	“Alta rotatividade de profissionais, qualificação de profissionais, questão estrutural física para que o usuário fique por mais tempo no serviço caso precise. A questão de transporte, também a falta de medicações específicas para a abstinência.”
03	“Dificuldade de uma equipe completa, materiais para as oficinas, materiais de escritório, de limpeza, transporte para as visitas.”
04	“Questão do horário que fecha para o almoço e os usuários ficam sem pra onde ir.”
05	“A estrutura que temos hoje não é adequada, falta recursos físicos, materiais, humanos. Precisamos obrigatoriamente de um Terapeuta Ocupacional.”
06	“Falta de Material, como: Instrumentos para o grupo de música; um ambiente propício; medicações.”
07	“Falta de recursos financeiros e humanos (precisa de mais profissionais) e melhor remuneração.”
08	“De materiais de trabalho que sempre é escasso.”
09	“Falta de Medicamentos, de suporte e estrutura de hospital especializado em Psiquiatria. Falta de instrumentos para o grupo de música.”
10	“Dificuldade com transporte, poucos profissionais para assistência à crise, materiais para as oficinas de reciclagem e instrumentos para o grupo de música.”
11	“Remuneração baixa, melhora na alimentação.”
12	“Falta de Recursos (transporte, materiais, recursos humanos).”
13	“Falta material de uso para determinados procedimentos, alimentação precária.”
14	“Materiais de Limpeza.”
15	“Falta de Recursos (Medicações, Alimentação, Transporte, Materiais de Escritório e de Limpeza).”
16	“Lidar com as relações Interpessoais, vínculos empregatícios, incertezas, isso causa angústia.”

17	“Falta de Recursos para os grupos, alimentação precária.”
18	“Localização do serviço que é muito distante dos bairros que tem mais usuários. Equipe de trabalho que muda constantemente, questões relacionadas à Saúde do Trabalhador que tem adoecido.”
19	“Baixa renumeração.”
20	“A questão do carro para as visitas domiciliares que dificulta o fluxo do serviço e acabo me frustrando.”

Fonte: Primária, 2020.

Foram identificados alguns desafios entre as falas dos trabalhadores em que se destacam a falta de recursos (materiais, humanos e estruturais) apontados como os fatores que mais contribuíam para menor satisfação com o trabalho e mais impacto sobre a saúde do trabalhador, seguido pelo desejo da melhoria salarial, organização do serviço. Os diferentes tipos de vínculo empregatício, incertezas e o desconhecimento do papel do CAPS Ad por parte de alguns profissionais (qualificação) e rotatividade de profissionais figuraram como obstáculos ao oferecimento do cuidado integral.

Os depoimentos relatados pelos profissionais fazem parte de uma precarização que é encontrada em todo o Brasil e atrapalha a atuação dos profissionais de saúde, impondo diversos desafios aos mesmos, como por exemplo, a de manter a qualidade do cuidado em saúde mesmo com escassez ou falta de recursos e de profissionais.

Faz-se necessário que os gestores tenham um olhar para essa situação, pois faz com que a qualidade do serviço diminua, trazendo adoecimento ao trabalhador que se esforça para melhor atender aos usuários, muitas vezes trazendo recursos próprios para não parar o funcionamento de um grupo que conduz. Utilizando de sua criatividade, outros buscam doações ou realizam algumas rifas para poder repor os materiais, fazem exposições em feiras dos materiais confeccionados nas oficinas de reciclagem e marcenaria para comprar os recursos de que necessitam para continuar a produção. Essas são algumas estratégias utilizadas pelos trabalhadores do serviço como alternativas para minimizar e/ou evitar que a falta de recursos acarrete em prejuízos aos usuários assistidos pelos mesmos.

Cunha et al. (2010) fala que a busca incessante de recursos materiais para a realização das improvisações e o desgaste mental e físico para a elaboração dessas criações, de forma cotidiana e frequente, geram no trabalhador repercussões negativas para seu processo saúde-doença. Assim, tanto a capacidade cognitiva quanto a capacidade física dos trabalhadores são exploradas, espoliadas e, por vezes, até exauridas. Outros autores apontaram igualmente, em serviços de saúde mental, a ocorrência de falta de recursos materiais e humanos para a execução adequada do trabalho, assim como a necessidade de melhorias na organização do trabalho e na infraestrutura dos serviços (DE MARCO et al., 2008; REBOUÇAS; LEGAY; ABELHA, 2007).

Em relação à organização do trabalho, perceberam-se mudanças consideráveis desde a chegada da nova coordenadora ao CAPS Ad, que mostrou um compromisso e um olhar ampliado e humanizado no sentido de reestruturar e manter o serviço funcionando satisfatoriamente bem como de utilização de estratégias de diálogo e integração com sua equipe de trabalho. Fato este, que merece destaque, pois deu apoio e suporte para a realização da intervenção sobre a saúde do trabalhador no serviço contribuindo para melhores resultados.

Nunes et al. (2017) relatam que a liderança e a motivação são essenciais para as organizações, pois uma boa liderança leva a uma maior motivação, o que por sua vez conduz a melhores desempenhos. As lideranças destacam-se como fatores de suma importância nas organizações e um bom líder deve ser o exemplo da organização, sendo ele responsável por gerir funcionários e tomar decisões. O líder não tem poder de motivar ninguém por si só, porque a motivação é algo pessoal e isso depende de cada indivíduo, mas o líder pode cativar e estimular os subordinados para a motivação e deve estar preparado para estimular os seus colaboradores no trabalho e também para influenciar o seu comportamento. E isso foi perceptível, pois todos notam presença de uma equipe mais unida e integrada.

O terceiro item foi relacionado sobre como esse profissional que escuta diariamente as demandas e sofrimentos dos usuários se sentem caso os mesmos passem a não aderir o tratamento ofertado, chegando a abandonar o tratamento ou até mesmo vir a perder a vida por overdose ou por suicídio.

Quadro 4: Sentimentos em relação ao abandono ou falecimento de um usuário acompanhado pelo sujeito entrevistado, Sobral-CE, 2019

Entrevistado	Respostas
01	“Frustrada, como se o que você fez não serviu de nada, me pergunto se poderia ter feito algo diferente para evitar isso.”
02	“Frustrado, sentimento de que poderia ter feito algo a mais. Já cheguei a perder o sono pensando no usuário.”
03	“Causa impacto, não tem como não se sensibilizar.”
04	“Ruim, porque criamos um vínculo com eles.”
05	“Impotência, tristeza.”
06	“Fico ruim, chateado, triste porque a gente faz um esforço para que o usuário melhore e quando isso não acontece fico triste.”
07	“Sinto-me triste. É como se você estivesse enxugando gelo, lapida, lapida, lapida e depois vai tudo por água abaixo.”
08	“Sinto-me mal, porque temos um vínculo com o usuário que acaba quando algumas dessas coisas acontecem.”
09	“Impotente, angustiado.”

10	“Frustração que têm que ser trabalhada para não adoecer e pensar novas formas de tratamento, pois fico com um sentimento que poderia ter feito melhor pelo usuário.”
11	“Fico triste quando recebo a notícia que alguém morreu. Fico mal porque convivemos com eles.”
12	“Lamento, me comovo.”
13	“Mexo com o Psicológico.”
14	“Fico triste.”
15	“Fico preocupada, abalada psicologicamente.”
16	“Tento superar, trabalhar o lado pessoal. Tema de abuso mexe mais comigo.”
17	“Angústia de ver que recebeu, acolheu e o usuário não retorna, me sinto frustrada, questiono a eficácia na minha condução. No início chorava muito, mas fui aprendendo a lidar com essas questões de abandono e perda do usuário.”
18	“Fico preocupado, ansioso, temeroso, tenso. Me pergunto o que eu fiz de errado.”
19	“Entristeço-me, me afeta um pouco essa situação.”
20	“Preocupada, não têm como a gente não se envolver, a gente absorve muito, se responsabiliza.”

Fonte: Primária, 2020.

Em relação aos sentimentos supracitados pelos profissionais do serviço destaca-se a frustração, a preocupação e a tristeza que podem gerar um tipo de sofrimento ao profissional.

Fukumitsu (2014) defende o fato de profissionais que trabalham em um ambiente, que possam ter usuários que tenham comportamentos suicidas, percebam como importante o trabalho interdisciplinar, ou seja, ele tem toda uma equipe no serviço e que não deve trazer toda a demanda pra si mesmo, ou seja, deve compartilhar o caso com o outro colega, pois cada profissional agregará esforços para os cuidados daquele usuário, evitando assim sentimentos como alguns falaram de culpa ou de que poderiam ter feito mais pelo usuário, como apontado pela equipe no quadro um sobre a boa integração dos profissionais.

O trabalho em equipe ainda caracteriza-se pela relação entre duas dimensões complementares que é o trabalho e a interação humana. Desse modo, configura-se na relação recíproca, de dupla mão, entre as múltiplas intervenções técnicas dos variados profissionais e a interação desses agentes. Nesse processo, a comunicação tem um papel central e, quando efetiva e de qualidade, possibilita a articulação das ações e a cooperação entre os profissionais (PEDUZZI, 2001).

O quadro seguinte diz respeito ao adoecimento nos processos de trabalho e caso o profissional adoeceu ou teve alguns sintomas que interferiu para sua saúde e bem-estar.

Quadro 5: Adoecimento nos processos de trabalho, Sobral-CE, 2019

Entrevistado	Respostas
01	“Tensões Musculares.”
02	“Estresse, irritabilidade, aversão ao serviço e aos profissionais.”
03	“Tontura, estresse, cansaço, tensão muscular.”
04	“Ansiedade, Síndrome do Pânico, me sentindo sobrecarregada.”
05	“Ansiedade, Tristeza, insônia, taquicardia, falta de apetite, isolamento social.”
06	“Estresse, dores de cabeça devido à rotina.”
07	“Tristeza, me sinto pra baixo, dores de cabeça, estresse.”
08	“Depressão, hérnia de disco, cansaço físico e mental, dores lombares, dores de cabeça.”
09	“Impotente, angustiado.”
10	“Cansaço físico e Insônia.”
11	“Bursite, dores no ombro, nas pernas, na coluna, insônia.”
12	“Somatizações, inquietação, cansaço.”
13	“Crises de enxaqueca, depressão passageira, tensões musculares.”
14	“Dores na coluna.”
15	“Ansiedade, medo, dores de cabeça, tensões musculares e psicológicas, dores lombares.”
16	“Dores de cabeça constante, irritabilidade e tremores.”
17	“Choro, tristeza e falta de identificação com o serviço.”
18	Angústia em não conseguir da conta, déficit de atenção e esquecimento não relacionado ao trabalho, mas que afeta.
19	“Estresse, triste com a baixa renumeração.”
20	“Ansiedade, interrupções durante o sono.”

Fonte: Primária, 2020.

Todas as respostas para a pergunta de adoecimento foram positivas e os sintomas ou sensações relatados foram vários. Todas as respostas para a pergunta de adoecimento foram positivas e os sintomas ou sensações relatados foram vários, tais como: estresse, ansiedade, depressão, síndrome de burnout. E ainda, sintomas físicos (tensões musculares, cansaço físico, cefaléia e taquicardia).

Pôde-se perceber que nos sintomas psicológicos, os mais frequentes foram: a ansiedade, estresse, cansaço mental, insônia, tristeza, isolamento social, inabilidade para se concentrar em tarefas ou atividades, algumas relatam ainda já terem sofrido de depressão e Síndrome do Pânico, mas que já foram tratados e atualmente não apresentam mais.

Estudo realizado com trabalhadores da ESF de 17 Unidades de Saúde no município de João Pessoa, Paraíba demonstrou que estes profissionais enfrentam situações que provocam desgaste psíquico. Foram identificados que 22 dos participantes da pesquisa adoeceram, particularmente por causa de ansiedade decorrente do trabalho (CARREIRO et al., 2013).

Outra pesquisa cujo objetivo foi averiguar a combinação entre o ambiente de trabalho, o estresse ocupacional e Burnout em trabalhadores da indústria petrolífera, corrobora os resultados evidenciados com a análise da figura um. A referente pesquisa concluiu que estes profissionais estão sujeitos a inúmeros estressores ocupacionais que induzem à condições físicas, psíquicas e sociais de sua saúde (DIAS, 2016).

Quanto aos sintomas físicos, o que mais prevalece são as tensões e dores musculares, cansaço físico, cefaleia e ainda a taquicardia. E isso reafirma a importância da GL no serviço para promover o alívio e a diminuição dessas tensões e dos sentimentos de depressão e ansiedade.

Um entrevistado relatou que já chegou a ter aversão ao serviço e aos profissionais. Cândido (2017) salienta em sua pesquisa que a Síndrome de Burnout, ainda que se apresente com outros nomes como estafa, estresse e estresse ocupacional, é vista como um problema social que vem ganhando cada vez mais destaque. Caracteriza uma pessoa que chegou ao seu limite e sente-se esgotada. No entanto, há uma ligação da Síndrome que a desvincula da depressão, do estresse rotineiro, da ansiedade. Para ser considerada Síndrome de Burnout, necessariamente, toda esta estafa física, mental e emocional tem de estar ligada ao trabalho. Esse trabalhador falou que hoje se sente bem, mas que teve uma fase da sua vida que se sentiu desta forma.

O último item do questionário procurou investigar sobre as estratégias de enfrentamento que esse trabalhador utiliza para que os proporcione bem-estar em sua vida. Seguem as respostas.

Quadro 6: Atividades que promovam bem-estar, Sobral-CE, 2019

Entrevistado	Respostas
01	“Cozinhar e Viajar.”
02	“Academia, ficar em casa, ir ao sítio, mexer em plantas, cuidar de animais, ficar com a família e filhas, ir a igreja e sair pra conversar.”
03	“Sair com os amigos, filhas, viajar, estar com a família, descansar, tomar uma cerveja.”
04	“Academia, passear, comer fora, conversar com as amigas, ir para festas.”
05	“Atividades Físicas, estar com a esposa, ir à igreja. Faço Psicoterapia também.”
06	“Tocar um instrumento, correr, jogar dama, andar de bicicleta, tomar cerveja, falar sobre a vida, instruir pessoas, estar com a família (filhas e esposa), ouvir música.”
07	“Academia, jogar bola, comer, dormir, ver filme, sair com os colegas.”
08	“Natação, Jogar bola, caminhada, sair com a família.”
09	“Viajar, ler, dormir, comer, fazer exercícios.”

10	“Academia, estar em casa, dormir, passear, atividades ao ar livre, sair com os amigos, tomar uma cerveja.”
11	“Fazer compras, ouvir música, ir a casa da mãe.”
12	“Academia, ciclismo, tomar uma cerveja com amigos, visitar a família.”
13	“Passear, cozinhar, comunhão com as pessoas, ir à igreja.”
14	“Caminhada, tomar uma cerveja, namorar e dançar.”
15	“- Ir à igreja, dançar, sair com os amigos, comer, ajudar ao próximo. Nunca fiz Psicoterapia, queria que fosse oferecido aos profissionais.”
16	“Atividade física regularmente (Natação, Musculação, Corrida), ver filme com o esposo. Faço Psicoterapia.”
17	“Caminhada, leituras, passear no Shopping e com a Família.”
18	“Academia, reunião com os amigos, ficar com a esposa.”
19	“Caminhada, jogar bola, jogar videogame, usar o celular.”
20	“Psicoterapia, viajar, visitar parentes, sair com os amigos, interagir com os familiares, descansar.”

Fonte: Primária, 2020.

Observa-se que a maioria desenvolve algum tipo de atividade física em que se destaca academia e outras práticas corporais como: caminhada, natação, corrida. As relações sociais (família e amigos) também tiveram grande destaque seguidas pelas atividades religiosas.

Vários estudos pesquisados por Salve et al (2018) constataram que realmente a prática da atividade física, é um dos elementos fundamentais para a aquisição ou manutenção do estado da saúde, considerado adequado, tanto nos aspectos físicos como mental. A atividade física, escolhida para ser praticada, deverá ser aquela de que o indivíduo mais gostar e sentir prazer em executá-la.

Quanto as relações sociais, sabe-se que o ser humano é um ser social e a todo momento estabelece contato com pessoas em diferentes lugares, formando grupos por afinidades e diferentes grupos como família, amigos, igreja e trabalho. A interação favorece a saúde porque as relações sociais permitem validar as nossas visões do mundo, reduzindo a incerteza e construindo identidades que nos ligam a outras pessoas (LIMA; et al, 2016).

Para Freitas et al (2015), a espiritualidade tem o potencial de trazer serenidade e felicidade autêntica aos humanos, a depender de como é vivenciada pelo sujeito. Desta forma, para alguns profissionais elas são consideradas atividades que os proporcionam bem-estar.

É interessante destacar ainda, que apenas três profissionais dos vinte entrevistados utilizam a psicoterapia como estratégia de autocuidado.

A Psicoterapia age no âmbito da individualidade e sua potência transformadora reside em favorecer, ao sujeito, que o mesmo se repositone frente à sua história de vida e da realidade que

enfrenta, colaborando para o desenvolvimento dos recursos pessoais que o trabalhador possa dispor para transformar a sua realidade (FAIMAN, 2012).

Já que exercem atividade de grande carga emocional, seria interessante que tivesse um número maior de trabalhadores que fizessem uso desta ferramenta de cuidado para que possam ser ouvidas suas demandas e questões pessoais, como na fala do entrevistado 15 do quadro anterior que diz que nunca fez Psicoterapia, mas que queria que fosse oferecido aos profissionais.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

\ Todos os objetivos propostos para contribuir com a promoção da qualidade de vida dos trabalhadores, propor espaços saudáveis de acolhimento e possibilitar interação entre os trabalhadores foram alcançados em plenitude.

Foi identificado que trabalhar com a saúde mental através da escuta das demandas dos outros usuários, pode tornar-se para alguns, um fator estressante no local de trabalho, já que exige um esforço mental maior e pode fazer com que o trabalhador passe por um processo de adoecimento e gerar, desta forma, as sensações como relatado por eles, de angústia, de sensação de impotência, de fracasso, de que poderia ter feito algo a mais, caso algum usuário, que o mesmo esteja acompanhando, abandone o tratamento, ou venha a ter uma overdose ou cometer um suicídio.

É reconhecido que não existem muitas ações voltadas para a atenção e cuidado à saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde, e esta situação precisa ser vista, pois são eles que fazem com que a política de saúde funcione através de seu trabalho.

Sugere-se então que todos os seus relatos discorridos ao longo das intervenções sobre o cuidado em saúde mental para os mesmos sejam ouvidos de maneira que se passem a criar estratégias no serviço com a finalidade de proporcioná-los melhores condições, qualidade de vida e bem-estar no espaço em que trabalham.

O trabalhador do CAPS Ad, que é do SUS, necessita ser cuidado por este mesmo sistema de saúde para que haja uma melhor prestação de cuidado à sua saúde e a saúde do usuário que chegará ao serviço buscando tratar de suas demandas.

Verificou-se o reconhecimento e a valorização da coordenadora do serviço que relata que promoverá outros momentos de cuidado com a equipe.

Espera-se que esta pesquisa possa nortear o desenvolvimento de outros estudos que venham a aprimorar o uso das tecnologias utilizadas em benefício da saúde dos profissionais e busque identificar, além de intervir em problemas relacionados à saúde do trabalhador.

REFERÊNCIAS

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no . 1.823, de 23 de agosto de 2012. **Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, DF, 23 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde – **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil** – Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos Depois de Caracas. Brasília, 07 a 10 de novembro de 2005.

CARREIRO, G.S.P.; FERREIRA FILHA, M.O.F.; LAZARTE, R.; SILVA, A.O.; DIAS, M.J.. O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia Saúde da FAMÍLIA. **Rev. Eletr. Enf.**, p. 146-55, v.1, n.15, jan/mar. 2013. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n1/pdf/v15n1a17.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2020.

CUNHA, L. S. et al. O trabalho hospitalar da enfermagem: dialética presente na prática de adaptar e improvisar. 2010. 161 f. **Dissertação (Mestrado em Enfermagem)** – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v24n5/v24n5a03.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2020.

DE FREITAS MELO, Cynthia et al. Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 15, n. 2, 2015. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/comocitar.ou?id=451844504002>>. Acesso em: 08 jan. 2020.

DE MARCO, P. F. et al. O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 57, n. 3, p. 178-183, 2008.

DIAS, F.M.; SANTOS, J.F.C.; ABELHA, L.; LOVISI, G.M.. O estresse ocupacional e a síndrome do esgotamento profissional (burnout) em trabalhadores da indústria do petróleo: uma revisão sistemática. **Rev Bras Saude Ocup.** v.11, n.41. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v41/2317-6369-rbso-41-e11.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2020.

FAIMAN, Carla Júlia Segre. **Psicoterapia em ambulatório de saúde do trabalhador: possibilidades e desafios**. Diss. Universidade de São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-13062012-152309/en.php>>. Acesso em: 11 jan. 2020.

FONTE, E. M. M. As sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DA ASSOCIAÇÃO LATINO-AMERICANA DE SOCIOLOGIA, XXVIII. **Anais**, Recife, 2011.

FUKUMITSU, Karina Okajima et al. **O psicoterapeuta diante do comportamento** suicida. 2014. Disponível em: <<https://repositorio.observatoriodocuidado.org/bitstream/handle/91/2/pusp.S0103-65642014000300270.pdf>> Acesso em: 14 jan. 2020.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2014.

LEÃO, L. H. C.; MINAYO GOMEZ, C. A questão da saúde mental na vigilância em saúde do trabalhador. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4649-4658, 2014. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n12/pt_1413-8123-csc-19-12-04649.pdf>. Acesso em: 29 out. 2019.

LIMA, Luísa et al. **Ter amigos faz bem à saúde**: mas será que os amigos do facebook contam? Estudos na população portuguesa, 2016. Disponível em: < https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/9450/3/relatorio_amigosFb_4.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2020.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13 ed. – São Paulo: Hucitec, 2013.

MONTEIRO, E.M.L.M; VIEIRA, N.F.C. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2010 maio-jun; 63(3): 397-403.

NETO, F. R. et al. Necessidades de qualificação, dificuldades e facilidades dos técnicos de enfermagem na estratégia saúde da família. **Sanare-Revista de políticas públicas**, v. 15, n. 1, 2016. Disponível em: < <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/927/556>>. Acesso em: 07 jan. 2020.

NUNES, Sandra Sofia Oliveira et al. **A importância da liderança como fator motivacional nas organizações**: um estudo de caso no ISLA–Gaia. 2017. Disponível em: < <http://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/8544>>. Acesso em: 12 jan. 2020.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**. 2001;35(1):103-9.

PERES, E. M. A estratégia Saúde da Família e sua ajuda na consolidação do SUS. Esc Anna Nery **Rev Enferm**. 2002;6(1):115-24.

PONTES, M. V. A. **Damião Ximenes Lopes**: a “condenação da saúde mental” brasileira na Corte Interamericana de Direitos Humanos e sua relação com os rumos da reforma psiquiátrica. Fortaleza – CE, 2015. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/13205/1/2015_dis_mvapontes.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2020.

REBOUÇAS, D.; LEGAY, L. F.; ABELHA, L. Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental. **Revista Saúde Pública**, v. 41, n. 2, p. 244-250, 2007.

SÁ, P. M. M. V. **O que é Terapia Ocupacional**. Disponível em: <http://www.drgate.com.br/index.php?option=com_content&Itemid=67&task=view&id=169>. Acesso: 21 nov. 2019.

SALVE, M. G. C.; BANKOFF, A. D. P. Análise da intervenção de um programa de atividade física nos hábitos de lazer. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 28, n. 105-106, p. 73-82, 2018.

SILVA, J.; FISCHER M. Adoecimento mental incapacitante: benefícios previdenciários no Brasil entre 2008-2011. **Rev Saúde Pública**; 48(1): 186-90, 2014.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, ciências, saúde** - Manguinhos, v.9, n.1, p.25-29, jan.- abr. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2019.

VALE, S. A. S. **O papel do pedagogo em um centro de atenção psicossocial: uma análise a partir do CAPS ad- Caicó/RN.** 2017. 52 f. Monografia (Graduação) - Curso de Pedagogia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Caicó/RN, 2017. Disponível em: <<https://monografias.ufrn.br/jspui/handle/123456789/4509>>. Acesso em: 05 jan. 2020.