UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP – DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

O trabalho e a saúde dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial: reflexões sobre o trabalho na saúde pública.

Yasmin Livia Queiroz Santos

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP – USP), como parte das exigências para obtenção do título de Doutor em Ciências, Área Psicologia.

RIBEIRÃO PRETO - SP

2017

YASMIN LIVIA QUEIROZ SANTOS

O trabalho e a saúde dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial: reflexões sobre o trabalho na saúde pública.

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP – USP), como parte das exigências para obtenção do título de Doutor em Ciências, Área Psicologia.

Área de concentração: Psicologia

Orientadora: Prof^a Dra. Vera Lucia Navarro

RIBEIRÃO PRETO - SP

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto/SP

Santos, Yasmin Livia Queiroz

O trabalho e a saúde dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial: reflexões sobre o trabalho na saúde pública.

Ribeirão Preto, 2017.

p. 194: il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Psicologia.

Orientador: Navarro, Vera Lucia.

1. Condições de trabalho. 2. Profissionais. 3. Saúde mental. 4. Trabalho.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Yasmin Livia Queiroz Santos

Título: O trabalho e a saúde dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial: reflexões sobre o trabalho na saúde pública.

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto/SP para obtenção do título de Doutor em Ciências. Área: Psicologia

Aprovado em:

Banca Examinadora:

Prof. Doutor: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Doutor: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Doutor: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Doutor:_____

Instituição: _____ Assinatura:_____

Prof. Doutor:_____

Instituição: _____ Assinatura:_____

Prof. Doutor:_____

Instituição: _____ Assinatura:_____

À minha mãe Glória e minha irmã Lidhiane por terem participado sempre
de todos os momentos da minha vida e acreditado nos meus sonhos.

Ao meu marido, Ivan, por todo incentivo, compreensão e companheirismo
nessa importante etapa.

Vocês colocam mais vida em minha vida!

AGRADECIMENTOS

À professora doutora Vera Lucia Navarro, que me acolheu e acreditou no potencial desse trabalho como instrumento de transformação. Seus valores e luta diária me inspiraram a também lutar por um mundo mais justo. Obrigada pela disponibilidade, apoio e por partilhar conhecimentos tão ricos que me fizeram crescer como profissional e como pessoa.

À professora doutora Marisa Elias, por ter sido uma inspiração ainda nos anos de graduação e depois uma grande amiga. Obrigada pelos momentos de trocas de conhecimentos, pela cumplicidade e apoio incondicional. Seus ensinamentos e sua amizade me fazem querer ver a vida mais leve.

À professora doutora Maria Helena Palucci Marziale pela disponibilidade e pela excelente contribuição para a concretização desse trabalho. Suas considerações no exame de qualificação foram de grande valia para o caminho trilhado.

Aos membros da banca pela dedicação e contribuição a este trabalho.

Ao Ivan, meu companheiro de vida, pelas horas de estudos compartilhadas nas bibliotecas e em casa e que tornaram esses momentos muito mais agradáveis do que exaustivos. Obrigada por acreditar em mim e me conhecer às vezes mais do que eu mesma e sempre me incentivar a correr atrás dos meus sonhos. Eu te amo!

À minha mãe por ser meu maior exemplo de amor e minha irmã por ser minha referência de companheirismo. Obrigada por me aceitarem como eu sou e por me ampararem em todos os momentos. Sem vocês eu não teria chegado até aqui. Eu amo vocês!

Aos meus amigos, por estarem presentes nos momentos importantes e pela paciência nos momentos de aflição.

A todos aqueles que abriram as portas para a coleta de dados dessa pesquisa, permitindo que ela pudesse ser realizada, especialmente à Secretaria de Saúde de Uberlândia e ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), local de investigação desse estudo.

Em especial aos trabalhadores que fizeram parte desta pesquisa, que de maneira especial compartilharam comigo suas trajetórias de vida e profissional, transformando minha maneira de ver e viver a vida.

Ao departamento de Psicologia dessa Universidade por me acolher como parte dessa instituição.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), pela concessão da bolsa de doutorado e pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

Nenhum realista pode mudar a realidade. Essa tarefa é do sonhador.

Zack Magiezi

RESUMO

Santos, Y. L. Q. (2017) *O trabalho e a saúde dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial: reflexões sobre o trabalho na saúde pública*. Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2017.

Esta tese teve por objeto de estudo o trabalho de profissionais do serviço público de saúde mental. O objetivo principal foi investigar a relação entre o trabalho e saúde dos profissionais de um serviço público de saúde mental do interior do estado de Minas Gerais. Os objetivos específicos se caracterizaram por identificar como o processo de trabalho desses profissionais estava organizado; investigar o quanto os profissionais tinham conhecimento sobre a Reforma Psiquiátrica; identificar se no discurso dos profissionais existia a relação entre adoecimento-trabalho e se eles atribuíam os possíveis problemas de saúde às condições de trabalho; e, por fim, identificar quais eram as estratégias utilizadas para enfrentamento dos problemas do cotidiano de trabalho. A pesquisa de cunho qualitativo foi fundamentada no referencial teórico - metodológico do materialismo histórico - dialético e fez uso de entrevistas gravadas como principal técnica de coleta de dados. Foram realizadas dez entrevistas com profissionais que atuavam há pelo menos doze meses no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) estudado. Os resultados mostraram que no interior da organização do próprio serviço existe uma fragilidade nos vínculos e falta de integração interna na equipe de trabalho. Esta falta de integração é observada entre trabalhadores de uma mesma categoria profissional e também entre as categorias diferentes, embora exista o discurso do trabalho em equipe, as condições concretas de trabalho não permitem que isso ocorra efetivamente. Observou-se ainda problemas de ordem de gestão e de recursos materiais e humanos necessários para o bom funcionamento do serviço que geram preocupação e sofrimento aos profissionais diante da impossibilidade de um atendimento adequado aos usuários. Um outro componente que também colabora com a precarização do trabalho destes profissionais é o trabalho terceirizados. 80% dos entrevistados trabalhavam na condição de terceirizados. A situação encontrada no CAPS mostrou como a saúde no Brasil está a cada dia mais sendo sucateada e o setor de saúde mental, sendo um setor marginalizado dentro da saúde sofre ainda mais intensamente. O sentimento de descartabilidade gerada pelas demissões e (re)contratações por outra empresa terceirizada acabou gerando sofrimentos e adoecimento psicossomáticos em toda a equipe de trabalho (mesmo naqueles que tinha um trabalho assegurado pelo concurso público), diante do desmonte de um serviço que contava com uma equipe de trabalho estruturada. Desconsiderar as condições de trabalho e de saúde dos profissionais da saúde, mais especificamente dos profissionais da saúde mental é desconsiderar o próprio serviço a ser oferecido à população, visto que neste contexto trabalhadores e usuários saem prejudicados.

Palavras-chave: Condições de Trabalho. Profissionais. Saúde Mental. Trabalho.

ABSTRACT

Santos, Y. L. Q. (2017) *Work and health of professionals in a Psychosocial Care Center: reflections on work in public health*. Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2017.

This thesis had as object of study the work of professionals of the mental health public service. The main objective was to investigate the relationship between work and health of the professionals of a public mental health service in the interior of the state of Minas Gerais. The specific objectives were characterized by identifying how the work process of these professionals was organized; to investigate how professionals were aware of the Psychiatric Reform; to identify if their discourse existed the relation between sickness and work and if they attributed the possible health problems to working conditions; and, lastly, identify the strategies used to deal with daily work problems. The qualitative research was based on the theoretical-methodological framework of historical-dialectical materialism and made use of recorded interviews as the main technique of data collection. Ten interviews were conducted with professionals who worked for at least twelve months in the Psychosocial Care Center (CAPS) studied. The results showed that within the organization of the service it there is a fragility in the links and lack of internal integration in the work team. This lack of integration is observed among workers of the same professional category and in between the different categories, although there is the discourse of teamwork, the concrete conditions of work do not allow this to occur effectively. It was also observed problems of order of management and of material and human resources necessary for the good functioning of the service that generate concern and suffering to the professionals due to the impossibility of an adequate service to the users. Another component that also collaborates with the precarious work of these professionals is the outsourced work. Eighty per cent of the interviewees worked as outsourced workers. The situation found in the CAPS showed how health in Brazil is increasingly being scrapped and the mental health sector, being a marginalized sector within health suffers even more intensely. The feeling of disposability generated by the layoffs and contracting by another outsourced company ended up generating psychosomatic sufferings and illness in the whole work team (even in those who had a job assured by the public tender), before the dismantling of a service that counted on A structured work team. Disregarding the working and health conditions of health professionals, more specifically of mental health professionals, is disregarding the service to be offered to the population, since in this context, workers and users are harmed.

Key Words: Work conditions. Professionals. Mental health. Work.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Conferências nacionais de saúde, ministros e presidentes da República	57
Quadro 2 – CAPS: localização, categoria e quantidade	82
Quadro 3 – Artigos sobre trabalho e saúde dos profissionais de saúde mental	86
Quadro 4 – Equipe Profissional do CAPS	96
Quadro 5 – Equipe Profissional do CAPS no momento da coleta de dados	97
Quadro 6 – Caracterização dos participantes	102
Quadro 7 – Categorias profissionais e nível escolar	104

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Rede de Atenção à Saúde Mental.....	84
--	----

LISTA DE SIGLAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCQ	Círculos de Controle de Qualidade
CNS	Conferência Nacional de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
FundaSUS	Fundação Saúde do Município de Uberlândia
CAGED	Cadastro Geral dos Empregados e Desempregados
LOS	Leis Orgânicas de Saúde
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
PNUD	Programa das nações Unidas para o Desenvolvimento
PRH	Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS
PSF	Programa Saúde da Família
RT	Residência Terapêutica
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SMRT	Saúde Mental Relacionada ao Trabalho
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UAI	Unidade de Atenção Integrada
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA	22
1.1. As Transformações no Processo de Trabalho no Capitalismo.....	22
1.1.1. A Organização Científica do Trabalho: taylorismo, fordismo e toyotismo	26
1.1.2. O Trabalho no Setor de Serviços	40
1.1.3. O Processo de Trabalho em Saúde.....	45
1.2. A Saúde no Brasil	53
1.2.1. Aspectos Históricos.....	57
1.2.2. O Sistema Único de Saúde	62
1.3. A Saúde Mental no Brasil	65
1.3.1. A equipe de trabalhadores da saúde mental	69
1.3.2. A Reforma Psiquiátrica	73
1.3.3. O CAPS e suas características.....	78
1.3.4. Produção Nacional e Internacional sobre o Trabalho e a Saúde dos Profissionais de Saúde Mental.....	85
2. MÉTODO	90
2.1. Referencial Teórico-Metodológico: Materialismo Histórico-Dialético.....	90
2.2. Delineamento da Pesquisa	94
2.3. Caracterização do Campo de Pesquisa	94
2.4. Participantes	98
2.5. Técnicas de Coleta de Dados	99
2.6. Análise de Dados	100
2.7. Aspectos Éticos da Pesquisa	100
2.8. Análise Crítica de Riscos, Benefícios e Medidas de Proteção.....	101
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	102
3.1. Caracterização dos Participantes.....	102
3.2. O Processo de Trabalho	103
3.3. O Trabalho e a Saúde dos Profissionais da Saúde Mental.....	115
3.4. Divisão Sexual do Trabalho	118
3.5. Barreiras para Realização do Trabalho	130
3.6. O Trabalho em Equipe e o Relacionamento entre os Trabalhadores.....	135
3.7. O Conhecimento sobre a Reforma Psiquiátrica	141

3.8. A Situação dos Terceirizados.....	145
3.8.1 A Terceirização no Contexto Brasileiro.....	148
3.9. A Precarização do Trabalho e seus Efeitos na Saúde dos Trabalhadores	153
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	165
REFERÊNCIAS	170
APÊNDICES	188
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	189
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	192

APRESENTAÇÃO

As mudanças observadas no mundo do trabalho na contemporaneidade apontam para uma diminuição da oferta de empregos no setor industrial e o crescimento da oferta de empregos no setor de serviços.

Nesse sentido, o setor de serviços cresceu progressivamente desde o início do século XX. Segundo dados do Cadastro Geral dos Empregados e Desempregados (Caged)¹, em 2013, três de cada quatro postos de trabalho gerados no setor formal da economia estão localizados no setor terciário, sendo dois em serviços e um no comércio. Nos países desenvolvidos, especialmente os Estados Unidos, os números são ainda mais expressivos e apontam que 80% dos empregos estão alocados no setor de serviços. Concomitantemente a expansão desse setor, há a diminuição da oferta de empregos no setor primário da economia e a desaceleração do crescimento industrial em diversos países (Saboia, 2014).

Embora o setor de serviços abarque uma diversidade de atividades e formas de produção diferenciadas, ele é também influenciado pela lógica de acumulação do capital e pela forma de organização do trabalho na indústria. O setor de saúde é parte integrante do setor de serviços e também funciona segundo essa lógica, embora apresente características específicas.

Como evidencia Pires (1996), a organização da estrutura assistencial em saúde é resultante de um processo histórico-social com diferentes determinações: a) a cultura e a concepção de ciência das diferentes sociedades que influenciam, em cada momento histórico, o entendimento sobre o processo saúde-doença, a organização desse serviço e a maneira de prevenir e tratar as doenças; b) as diferentes maneiras como foram organizadas as profissões do campo da saúde; c) os conhecimentos científicos e os recursos tecnológicos disponíveis; d) as teorias de organização do trabalho e as características do modo de produção; e) o nível da organização política e sindical dos trabalhadores da saúde; f) a legislação disponível relativa ao papel do Estado no setor e às relações de trabalho; g) as demandas das classes sociais e de grupos relacionados ao setor de saúde e o grau de influência nas decisões e obtenção de conquistas.

A autora pontua ainda que, no Brasil, nota-se que foram poucas as transformações na organização do trabalho e nas características institucionais dos serviços de saúde

¹ O Cadastro Geral de Empregados e Desempregados - CAGED foi criado pelo Governo Federal, através da Lei nº 4.923/65, que instituiu o registro permanente de admissões e dispensa de empregados, sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT.

observados no início da segunda metade do século XX, embora muitas mudanças tenham ocorrido na legislação relativa à área de saúde rumo à ampliação de direitos. Contudo, características distintas daquela época e que são uma realidade hoje em dia podem ser apontadas, como por exemplo, a avaliação da qualidade da assistência prestada; a organização de estruturas multidisciplinares para estudo e intervenção em saúde e a terceirização de serviços desse setor (Pires, 1996).

Considera-se que o campo da saúde é muito vasto e comporta uma diversidade de estudos e a partir da reflexão sobre o processo de trabalho na saúde, com ênfase no setor de saúde mental, almeja-se compreender a relação entre o trabalho e a saúde dos profissionais que atuam nesse serviço.

Quando repensamos sobre a centralidade da questão do trabalho na vida das pessoas, nos deparamos com uma dura realidade dos últimos meses do atual governo, que têm se caracterizado por profundas transformações no mundo do trabalho, com consequências graves para os direitos conquistados duramente pelos trabalhadores, o que inclui os trabalhadores da saúde, alvos dessa pesquisa.

Destacamos aqui, a Proposta de Emenda à Constituição número 241/55 que institui o Novo Regime Fiscal, que passará a vigorar pelos próximos 20 anos.

A PEC 241/55, apresenta como proposta a fixação de um limite de gastos, dos Poderes Legislativo, Judiciário e Executivo, além do Tribunal de Contas da União, o Ministério Público da União e a Defensoria Pública da União, baseando-se no valor gasto no ano de 2016.

Nesse sentido, esses órgãos públicos somente poderão gastar no ano de 2017 o valor equivalente ao que gastaram em 2016 (sendo que o valor deverá ser corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor ou outro que vier a substituí-lo). De 2018 em diante, o valor a ser gasto deverá ser no máximo o limite referente ao exercício anterior.

Conforme exposto por Souto Maior (2016), a justificativa apontada para a PEC 241/55 é justamente a questão dos custos: o Estado não pode gastar mais do que tem e há muitos privilégios no serviço público.

Em contrapartida, na tentativa de combate à PEC, o argumento é justamente que a contenção de custos irá gerar menos investimentos em serviços públicos, com destaque para a saúde e a educação, visto que o que está projetado é uma estagnação do crescimento do Estado para os próximos 20 anos, o que representa uma diminuição extremamente drástica (Souto Maior, 2016).

Conforme o autor, com a redução do Estado, as empresas podem pagar impostos menores e conseguem obter maiores lucros, passando até mesmo a ofertar mais empregos. Porém, tudo isso tem um preço – o maior poder que passa do Estado para as grandes corporações (de fato quem detêm o capital), sem que isso resulte em uma dissociação entre capital e Estado, visto que, por exemplo a chamada bolsa empresário² não sofrerá nenhuma alteração negativa nesse ajuste (Souto Maior, 2016).

Com a falta de regulação, o poder privado fica totalmente incontrolável, sendo que não teremos somente empresas que exploram trabalhadores, mas também a piora da situação onde as grandes empresas acabam engolindo as demais.

Souto Maior (2016) ressalta ainda que com uma estrutura de direitos privados, sem a interferência de um poder regulador, as pessoas perdem a característica de cidadãos, com as garantias ofertadas pela força estatal, transformando-se em pessoas cuja identidade está junto à empresa para a qual têm a sorte de prestar um serviço.

Além disso, para as situações das quais o Estado não pode ser excluído totalmente ou onde não há interesse por parte do setor privado, o que teremos (devido às limitações orçamentárias impostas) serão serviços públicos precários, realizados por serviços mal remunerados e terceirizados, como uma institucionalização do trabalho em condições análogas ao trabalho escravo, que impossibilita, inclusive, punição para essas práticas (Souto Maior, 2016).

Nesse sentido, apontamos para o interesse desse estudo, o serviço público de saúde mental e as implicações que medidas como essa irão impor no serviço prestado, causando drásticas consequências tanto para o trabalhador quanto para o usuário desse serviço.

A escolha de um tema de estudo não é neutra, assim como não é neutra nenhuma ação do ser humano. Nesse sentido, a escolha pelo setor da saúde mental se deu a partir das condições concretas de existência de quem o realizou.

Em minha trajetória acadêmica, durante o curso de graduação em Psicologia, tive a oportunidade de me aproximar do setor de saúde mental por ocasião do desenvolvimento de um estágio em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Mediante o contato diário com essa realidade e com os trabalhadores desse serviço tive minha curiosidade aguçada por esse

² Programa que oferece subsídios financeiros e desonerações tributárias para o setor produtivo e foi preservada das medidas tomadas pelo presidente Michel Temer para ajustar as contas do Governo. Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/mercado/2016/10/1823160-subsidios-destinados-a-empresas-resistem-a-ajuste-no-governo-temer.shtml>.

tema e que acabou germinando em mim o interesse em conhecer mais sobre as questões relacionadas ao trabalho na saúde mental.

Posteriormente participei de uma pesquisa desenvolvida também em um serviço substitutivo de saúde mental, o que possibilitou ainda mais minha incursão nessa área. Ao realizar observações neste campo e participar das reuniões da equipe de profissionais, afloraram em mim outras questões acerca dessa temática, especialmente em virtude das dificuldades apontadas pelos profissionais e que estavam relacionadas ao trabalho, como por exemplo, as condições de trabalho, as relações com os colegas e a atividade laboral em si e como estas questões estavam refletindo na saúde desses trabalhadores. Assim, os questionamentos que surgiram acabaram sendo balizadores para a realização dessa pesquisa.

Diante disso, ao me debruçar sobre o estudo dessa temática, encontrei algumas pesquisas que indicavam que apesar de crescer a cada dia o número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) pelo país, sendo este o serviço substitutivo mais expressivo criado a partir da Reforma Psiquiátrica, a relação entre o trabalho e a saúde dos trabalhadores que atuam nestes serviços tem sido pouco estudada, sendo, portanto, de suma importância a produção científica voltada para essa temática (Athayde & Hennington, 2012; Lancman, 2008; Ramminger & Brito, 2008).

Apesar de não haver ainda um volume significativo de estudos que foquem especificamente no trabalho e na saúde dos profissionais da saúde mental, especialmente aqueles que atuam no CAPS, observou-se com as pesquisas já realizadas nessa área que a precarização é uma das faces da desumanização da saúde (Ramminger, 2009) e, além disso, considera-se que após a Reforma Psiquiátrica o trabalhador de saúde mental passa a ser interesse de reflexão e análise no que diz respeito aos modos de se trabalhar e de se ver como trabalhador deste campo.

A literatura consultada que aborda esta temática revela que muitos trabalhadores de saúde mental já adoeceram ou têm conhecimento de alguém que já adoeceu em decorrência deste tipo de trabalho e que, além disso, estes serviços geralmente não contemplam ações voltadas para a saúde do trabalhador (Nardi & Ramminger, 2007).

Zago (2007), ao pesquisar os sentimentos relacionados ao trabalho com uma equipe de trabalhadores da saúde mental identificou a desmotivação com as tarefas repetitivas, a sobrecarga psíquica e a percepção de que suas tarefas não têm importância para o sistema. Ao passo que Abelha, Legay, Lovisi e Rebouças (2008) ao realizarem um estudo similar observaram que os trabalhadores podem apresentar altos níveis de satisfação com o trabalho mesmo diante da grande sobrecarga à que estão submetidos. A fonte de satisfação

neste caso é apontada, pelos trabalhadores, como sendo o suporte fornecido pelos colegas da equipe, o que segundo eles, minimiza o impacto negativo do trabalho sobre a saúde.

Outros estudos, desenvolvidos em Campinas – SP e Fortaleza – CE, chegaram à conclusão que o trabalho desenvolvido no CAPS está intimamente relacionado à falta de recursos, de infraestrutura, falta de pessoal, precariedade dos vínculos empregatícios, baixos salários, tensão inerente ao trabalho, sentimento de desvalorização por parte da gestão e dificuldade do trabalho em rede. Esses achados evidenciam a persistência da precarização do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), particularmente em serviços de saúde mental (Ferrer, 2007; Guimarães, Jorge & Assis, 2011).

Em contrapartida, evidenciou-se também no relato de outros profissionais pesquisados o orgulho e a satisfação em atuar neste tipo de unidade de saúde, de realizar um trabalho em equipe e de estabelecer vínculos emocionais com os usuários; no entanto, ainda assim, houve relatos de insatisfação relacionada às condições de trabalho e ao salário (Kirschbaum & Paula, 2001).

Observa-se que o cenário da rede de saúde mental constitui-se como uma grande variação de experimentações e dificuldades, dentro de um mesmo campo, de forma que mesmo os contextos sendo diferentes é possível perceber semelhanças fundamentais entre eles, especialmente no que se refere à satisfação e ao sofrimento no trabalho.

Diante dessas considerações iniciais é importante refletirmos que nos dias atuais vivemos uma realidade na qual o objetivo do trabalho em saúde mental transformou-se, transpôs os muros do hospital psiquiátrico e ganhou as ruas. E pensando assim, o trabalhador da saúde mental não tem sua atuação restrita à internação e asilo de pacientes, mas ao contrário, é parte integrante de equipes que visam à reabilitação psicossocial de pessoas.

Neste sentido, alguns questionamentos são levantados, como por exemplo, se a mudança de objetivo da área de saúde mental por si só garante as transformações nos modos de trabalhar dos profissionais ou ainda se as condições de trabalho nos serviços substitutivos de hoje são melhores ou mais dignas que as dos hospitais psiquiátricos de outrora. Indo um pouco mais além, cabe-nos pensar se é possível sustentar uma rede de saúde mental sem o protagonismo ou valorização dos trabalhadores que dão condições para que esse serviço seja efetivo.

Dessa maneira, este estudo teve como objetivo principal investigar a relação entre o trabalho e saúde dos profissionais de um serviço público de saúde mental do interior do estado de Minas Gerais.

Os objetivos específicos se caracterizaram por: a) identificar como o processo de trabalho desses profissionais estava organizado; b) investigar o quanto os profissionais tinham conhecimento sobre a Reforma Psiquiátrica; c) identificar se no discurso dos profissionais existia a relação entre adoecimento-trabalho e se eles atribuíam os possíveis problemas de saúde às condições de trabalho e por fim, d) identificar quais eram as estratégias utilizadas para enfrentamento dos problemas do cotidiano de trabalho.

O local escolhido para a realização da pesquisa foi um Centro de Atenção Psicossocial da cidade de Uberlândia, Minas Gerais.

Acredita-se que novos estudos poderão agregar reflexões para a compreensão deste campo visto que, como explicitado anteriormente, a literatura disponível que versa sobre a relação entre a atividade laboral e a saúde dos trabalhadores da saúde mental ainda é escassa, especialmente após as transformações advindas da Reforma Psiquiátrica. Considera-se ainda que este estudo possibilitará a compreensão de uma realidade vivenciada por muitos e que remeterá à experiência coletiva vivenciada por grande parte dos trabalhadores dos serviços públicos de saúde mental (Ferrer, 2007; Merhy & Franco, 2008; Ramminger & Brito, 2008).

Desse modo, para contextualização do objeto de estudo e para a compreensão do caminho percorrido, a pesquisa foi dividida da seguinte forma:

No primeiro capítulo realizou-se uma contextualização histórica retomando as transformações ocorridas no mundo do trabalho, buscando um resgate histórico que permita estender o leque de reflexões sobre essa temática. É evidente que aprofundar totalmente nestas questões foge às possibilidades deste estudo, no entanto é impossível avançar na elucidação dessas questões sem colocar em evidência alguns aspectos cruciais no que diz respeito às relações sociais e de trabalho.

Em seguida, ainda no primeiro capítulo, foi realizada a caracterização do contexto da saúde no Brasil, tanto no que se refere à sua mercantilização até a efetiva consolidação como um serviço público, para assim, possibilitar o entendimento do processo de trabalho dos profissionais do atual serviço público de saúde mental. Ademais, foram apresentadas as especificidades do trabalho em saúde e mais profundamente na saúde mental (com ênfase no trabalho desenvolvido nos CAPS), considerando as transformações advindas com a Reforma Psiquiátrica.

O segundo capítulo foi dedicado ao percurso metodológico. Inicialmente realizou-se uma descrição do marco teórico norteador desta pesquisa – o materialismo histórico-dialético. Em seguida, foi apresentado o local escolhido para a realização da pesquisa, o

Centro de Atenção Psicossocial. O CAPS escolhido para a pesquisa funciona como serviço de atenção diária e atende adultos gravemente comprometidos psiquicamente, sendo sua clientela composta principalmente de quadros psicóticos. Desde janeiro de 2010, este CAPS passou a operar como CAPS III, oferecendo hospitalidade noturna aos usuários em crise que necessitam de cuidado contínuo. Para a seleção dos profissionais participantes da pesquisa, foram adotadas como critérios de inclusão: serem membros da equipe de saúde mental do CAPS escolhido e que atuem há pelo menos 12 meses na função, para que seja possível apreender, ao máximo, suas reais condições de trabalho e compreender como esse processo reflete em sua saúde.

No terceiro capítulo foram elucidados os resultados e a discussão dos dados coletados. Os resultados foram organizados a partir daquilo que emergiu da análise dos depoimentos dos entrevistados. Inicialmente, na primeira parte, foi realizada a caracterização dos participantes da pesquisa e em seguida a descrição do processo de trabalho de cada profissional entrevistado. Na segunda parte, foram estabelecidas categorias de análise, relacionadas aos objetivos da pesquisa e ao conteúdo dos depoimentos dos entrevistados. Os temas remetem à divisão sexual do trabalho, barreiras para realização do trabalho, relacionamento entre a equipe de trabalhadores, o conhecimento sobre a Reforma Psiquiátrica, a situação dos terceirizados e a precarização do trabalho e seus efeitos na saúde dos trabalhadores. Os depoimentos dos entrevistados foram utilizados para sustentar a discussão.

Por fim, no quarto capítulo estão as considerações finais sobre a pesquisa, onde as possíveis conclusões alcançadas com esse estudo são destacadas bem como as principais reflexões geradas durante a realização deste estudo.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

1.1. As transformações no Processo de Trabalho no Capitalismo

O entendimento sobre o trabalho do homem, as relações que são estabelecidas no processo de produção e reprodução da vida e as diferentes maneiras de produzir, no meio social, em cada momento histórico, tem sido objeto de muitas análises e debates, especialmente no que diz respeito às transformações no mundo do trabalho, nas relações sociais e na própria organização da vida no meio social que ocorreram em decorrência da industrialização.

Como explicita Pires (1996) o modo de produção e reprodução da vida material e social, as formas de realização do trabalho humano, os valores e as regras do convívio social bem como a construção do conhecimento são fenômenos humanos resultantes das relações sociais. Nesse sentido, as inovações nas formas de organização do processo de produção e a introdução de novas tecnologias não podem ser entendidas simplesmente como um determinismo tecnológico, precisa também ser analisada pela ótica social, como um fenômeno resultante das relações sociais, políticas e dos interesses de indivíduos e grupos sociais.

Quando se opta por estudar questões relacionadas ao trabalho, é importante ter em mente que trabalho é uma categoria que implica uma diversidade de dimensões, relacionadas às concepções de homem como ator ou como autor da sua própria história. Assim sendo, na tentativa de elucidar um pouco o universo do trabalho serão retomadas algumas categorias e conceitos relativos a essa temática e suas principais transformações.

Quando abordamos o trabalho em geral, Marx (1988) conceituou que trabalho é a consequência do uso da força humana para apropriar-se dos recursos da natureza e transformá-lo em algo útil às necessidades do homem. Dessa forma, o trabalho do homem é intencional e idealizado, diferenciando-se, portanto daquele instintivo do animal. Assim, nas palavras de Braverman (1987, p. 71) “um animal faz coisas de acordo com o padrão e necessidade da espécie a que pertence, enquanto o homem sabe como produzir de acordo com o padrão de cada espécie”.

Sendo assim, o trabalho é produtivo para o homem, visto que tem por função transformar alguma coisa utilizando para isso a sua energia de intenção (Merhy & Franco, 2008).

Em suma, o trabalho é a maneira de se produzir respostas às necessidades sociais. É o meio pelo qual o homem participa da construção da vida social, expressando a própria socialidade humana, visto que a produção e a forma como se processa o intercâmbio de seus produtos constituem a base da ordem social (Peduzzi & Schraiber, 2008).

A concepção apresentada parte do princípio de que o trabalho ocupa uma posição central na organização da sociedade e é condição básica e fundamental de toda existência humana. Esses aspectos configuram o seu caráter histórico e social.

Segundo Navarro e Padilha (2007), o trabalho é entendido como algo central na vida das pessoas e, por conseguinte ocupa um espaço importante no cotidiano contemporâneo. Além disso, é possibilitador de desenvolvimento de identidades e do potencial humano e meio pelo qual o ser humano desenvolve o sentimento de contribuição com os objetivos da sociedade.

A sociedade capitalista atribui um duplo caráter ao trabalho: de um lado temos o trabalho concreto, que corresponde a utilidade da mercadoria, seu valor de uso e está relacionado diretamente à satisfação das necessidades humanas; por outro lado o trabalho abstrato que se relaciona ao valor de troca da mercadoria e é voltado à produção da mais valia gerada pela força de trabalho (Navarro & Padilha, 2007).

Ressalta-se que diante das grandes transformações tecnológicas, organizacionais e das relações de trabalho muito se questionou sobre a importância e centralidade dessa categoria, bem como sua perda de sentido e significado. Contudo, como pontuado por Antunes (2000), mesmo diante de transformações no mundo do trabalho, não foi possível perceber ainda transformações significativas nas relações sociais, principalmente nas relações sociais de produção.

Creemos, ao contrário daqueles que defendem a perda de sentido e de significado do trabalho, que quando concebemos a forma contemporânea do trabalho, enquanto expressão do trabalho social, que é mais complexificado, socialmente combinado e ainda mais intensificado nos seus ritmos e processos, também não podemos concordar com as teses que minimizam ou mesmo desconsideram o processo de criação de valores de troca. Ao contrário, defendemos a tese de que a sociedade do capital e sua lei do valor necessitam cada vez menos do trabalho estável e cada vez mais das diversificadas formas de trabalho parcial ou part-time, terceirizado, que são, em escala crescente, parte constitutiva do processo de produção capitalista (Antunes, 2000, p. 9).

Para uma melhor conceituação dessa temática, retomaremos algumas das principais mudanças históricas no mundo do trabalho.

Marx e Engels (1991) apontaram que a própria história da humanidade está intimamente ligada aos diferentes modos de produção e suas consecutivas transformações ao longo dos séculos até chegarmos ao sistema capitalista.

Com o advento do capitalismo, a relação do homem com a natureza e dos homens entre si é radicalmente alterada, visto que a base estrutural do sistema capitalista fundamenta-se no princípio de que os homens são livres para se tornarem proprietários ou propriedade neste sistema. Aqueles que podem ser considerados proprietários são os donos dos meios de produção e consequentemente irão comprar a força de trabalho de que necessitam para produzir. Aqueles que não são proprietários dos meios de produção são levados a vender sua força de trabalho em troca de salários e por isso são considerados tanto proprietários (de sua força de trabalho) como também propriedade, visto que assim como as mercadorias, o próprio trabalhador passa também a ter seu valor, devido a sua capacidade de produzir valor no mercado de trabalho (Basbaum, 1981; Cohn & Marsiglia, 1994; Marx & Engels, 1991).

Diante desse quadro, Braverman (1987) conceitua claramente o processo de trabalho no qual, ao trabalhador, não resta alternativa a não ser vender sua força de trabalho para garantir sua sobrevivência, enquanto que o empregador não irá medir esforços para ampliar seus ganhos. Assim, embora o processo de trabalho vise a criação de valores úteis, é claramente notável que seu principal objetivo seja a expansão do capital.

Dessa forma, para a expansão ou acumulação do capital faz-se necessário que exista um rigoroso controle do processo de trabalho para que se consiga produzir cada vez mais. Esse controle é obtido por meio da separação das tarefas de concepção e execução e resulta, consequentemente, na desqualificação do trabalhador que tem retirado de si o saber fazer no processo de trabalho (Braverman, 1987).

Para o entendimento dos processos de trabalho que se desenvolveram dentro do sistema capitalista, serão retomados os três momentos específicos na história do modo de produção capitalista: a cooperação simples, a manufatura e a maquinaria, a partir dos estudos realizados por Cohn e Marsiglia (1994).

A cooperação simples é caracterizada pelo ofício correspondente ao do artesão, no qual o trabalhador executa tarefas variadas utilizando-se de suas ferramentas; a concepção e a execução do trabalho ainda formam uma unidade, visto que o trabalhador é o dono dos meios de produção. Neste caso, o controle sobre o processo de trabalho é substituído pelo controle direto sobre o trabalhador para que este produza mais, prolongando a jornada de trabalho e

diminuindo o salário. Neste tipo de processo de trabalho é visível a extração da mais-valia (Cohn & Marsiglia, 1994).

A manufatura apesar de apresentar algumas semelhanças com a cooperação simples tem como principal característica a fragmentação das atividades. É na manufatura que inicia-se a separação entre a concepção e execução do trabalho, na qual alguns trabalhadores são responsáveis pela organização do trabalho coletivo enquanto que os demais o executam. Com a fragmentação das tarefas ocorre o aumento da intensidade do trabalho, e consequentemente o aumento da produtividade já que elimina os chamados tempos mortos, isto é, o tempo que o trabalhador abandona uma tarefa para iniciar outra. Assim, o trabalho fragmentado consome menos tempo que o trabalho completo, visto que combina trabalhos individualizados para compor um trabalho coletivo (Cohn & Marsiglia, 1994).

Pode-se pensar que na manufatura já se inicia a desqualificação dos trabalhadores, pois, enquanto alguns detêm o conhecimento de todo o processo de trabalho sendo responsáveis pela sua concepção e controle, os demais concentram sua ação no desempenho de poucas atividades fragmentadas.

Quando se chega à maquinaria, temos o aprofundamento da separação entre a concepção e execução do trabalho, pois neste caso o trabalho é parcelado em várias fases e as operações são determinadas pelas máquinas. A fonte de energia não é mais a força humana, mas sim a da máquina. Na maquinaria pode-se observar duas situações distintas: a maquinaria simples e a organização científica do trabalho (Cohn & Marsiglia, 1994).

Na maquinaria simples o trabalhador ainda mantém um controle mínimo sobre a realização de sua tarefa, como acionar a máquina, prepará-la e ajustá-la, permitindo assim que regule, de certa maneira, seu próprio ritmo de trabalho e tome algumas decisões na sua realização. A produtividade neste caso é incentivada por meio de estratégias de remuneração na tentativa de conseguir que o próprio trabalhador aumente voluntariamente seu ritmo de trabalho. Já na organização científica do trabalho representada pelo taylorismo e fordismo os movimentos do trabalhador são determinados pela máquina, há uma intensificação do trabalho e aumento da fragmentação das tarefas (Cohn & Marsiglia, 1994).

Diante dessa nova realidade, o sistema capitalista tinha o interesse de lidar com o homem assim como lidava com a máquina, podendo criar formas de organização do processo de trabalho que visassem o máximo de produtividade.

No modo capitalista de produção, tanto na manufatura quanto na grande indústria, o objetivo final da divisão do trabalho é a busca pela acumulação de capital. Destaca-se, também, que a determinação desta divisão não está na eficiência muito menos na

solidariedade, mas sim, na garantia da expropriação do controle do processo, tornando o trabalhador cada vez mais dependente da venda de sua força de trabalho para sobreviver (Marx, 1996; Braverman, 1987).

Como explicita Pires (1996), desde a consolidação do modo de produção capitalista, inúmeras alternativas tecnológicas e organizacionais foram empreendidas pelo capital a fim de controlar o trabalho, aumentar o lucro e superar os períodos de crise. Para tanto, é comum serem introduzidas novas tecnologias, novos equipamentos, diferentes alternativas de organização do trabalho, extensão da jornada ou redução da remuneração.

Segundo Leite (1994), a implantação de cada alternativa, em diferentes momentos históricos, é resultado de inúmeros fatores, além dos esforços empreendidos pelos empregadores em busca de uma maior produtividade. Entre esses fatores destacam-se: as disputas nas esferas de produção pelo controle do processo de trabalho; a economia vigente na época; a conjuntura política; a dinâmica das lutas de classes; as características demográficas da população; o estabelecimento de padrões compartilhados de regras jurídico-legais; os canais representativos e de expressão das classes na sociedade e os valores culturais dos indivíduos e grupos.

1.1.1. A Organização Científica do Trabalho: taylorismo, fordismo e toyotismo

O taylorismo/fordismo foi um modo de organização da produção e do trabalho que predominou ao longo do século XX.

Slack, Chambers, Harland, Harrison e Johnston (1997) afirmam que no fim do século XIX e início do século XX, administradores, na grande maioria americanos, desenvolveram teorias sobre formas de gerência, organização, projetos e negócios de trabalho que ficaram mundialmente conhecidas como administração científica. Esse termo foi cunhado a partir da publicação do livro de mesmo nome de Frederick Winslow Taylor em 1911.

Pires (1996) caracteriza que a gerência já caracterizada como uma forma fundamental de controle do trabalho coletivo e que, como já observado na manufatura, assume um caráter especial de retirar do trabalhador a concepção do trabalho, colocando-os nas mãos do capital, ganha um importante aperfeiçoamento a partir das contribuições de Taylor e seus seguidores.

O método de organização do trabalho de Frederick Taylor ficou mundialmente conhecido como taylorismo e contava com uma forte contribuição da ciência positivista, racional e metódica que também estava em plena ascensão. A administração científica aparece

como um meio de garantir a produtividade e melhorar a forma de trabalhar, que traria vantagens para toda sociedade. Contudo, o que se observa é que com objetivo de aumentar a produtividade, a organização passou a ter características de controle rígido tanto sobre o trabalhador nos postos de trabalho como também sobre o desperdício e perdas sofridas na indústria, caracterizando assim que as vantagens eram direcionadas ao capital e não para toda sociedade, principalmente para os trabalhadores (Abrahão & Santos, 2004).

Para Braverman (1987), Dias (2008) e Lunardi Filho (1995), destaca-se, no taylorismo, a clara separação entre o trabalho manual e o trabalho intelectual, sendo que ao trabalhador manual nada era exigido em termos de criatividade e intelecto para realização de suas atividades. Diante dessa nova configuração, a determinação do processo de produção não mais seria realizada pelo trabalhador, passando a ser definida pelos gerentes que tinham a visão de que o trabalho humano deveria ser caracterizado como uma extensão da máquina. Assim, evidencia-se a separação entre concepção e realização do trabalho, ficando a cargo dos administradores o conhecimento necessário para controlar com rigor as atividades manuais do processo produtivo enquanto que do trabalhador era retirado todo tipo de iniciativa e autonomia, caracterizando seu trabalho como uma sucessão rotineira de atividades.

Diante desse novo quadro, com a centralização de toda produção no interior fabril, os artesãos perdem todo controle sobre o processo de produção, que agora passa a ser do capital. Se por um lado o patrão ou gerente empreendem diversificados meios para controlar o ritmo de trabalho, o valor do produto e para apropriar-se do saber envolvido na confecção do produto, por outro, os trabalhadores ainda resistem às mudanças, criando diversos meios de luta como a quebra de máquinas³; a luta por direitos trabalhistas e pela associação sindical; o absenteísmo no trabalho e outras formas de fuga ao controle gerencial. Esse movimento, de interesses antagônicos, pela busca por ambas as partes pelo controle do processo de trabalho, determina as condições para obtenção da maior produtividade no trabalho (Leite, 1994).

Neste sentido, Merhy (1997a) esclarece que para o estabelecimento do controle no modelo taylorista, era necessário manter a classe trabalhadora alienada, ficando aos gerentes a responsabilidade de controlar e estabelecer de maneira padronizada qual seria o cotidiano do trabalhador.

³Leite (1994) ao referir-se ao movimento de quebra de máquinas da classe operária inglesa pontua que esse movimento teve início na revolução industrial e expressava a forte resistência dos trabalhadores ao sistema de fábricas e que essa resistência não era simplesmente ao progresso técnico, mas que eram movimentos com uma racionalidade específica de quebra das máquinas para a produção em fábrica, poupando as que eram destinadas ao trabalho doméstico. Os artesãos mostraram com esse movimento a revolta contra as consequências que a indústria e os processos mecânicos estavam provocando nos seus costumes e modos de produzir.

Segundo Edwards (1978), a introdução dos princípios tayloristas nos Estados Unidos veio como uma resposta do capital à resistência dos trabalhadores. Tendo em vista o aumento da produtividade e o controle do processo de trabalho, os patrões reagem às lutas dos trabalhadores através da intensificação do controle do processo em suas mãos. No final do século XIX e início do século XX tanto nos Estados Unidos como na Europa há um fortalecimento das lutas sindicais e também dos próprios sindicatos contra a forma de organização do trabalho imposta pelo processo de produção dentro das fábricas.

Como explicita Braverman (1987), com o taylorismo, o controle sobre os trabalhadores chega ao seu máximo, a gerência racionaliza a produção determinando o tempo e o modo de produção, estabelecendo de forma rígida os rendimentos dos trabalhadores e colocando-os sob uma hierarquia que vigia e fiscaliza constantemente a produção.

Para uma fiel caracterização do sistema taylorista, podemos discriminá-lo em seus quatro princípios básicos:

O primeiro princípio está relacionado à criação de uma ciência que garantisse a realização no mais alto nível de perfeição do processo produtivo. Essa ciência fundamentava-se em regras que padronizavam todas as tarefas, dispensando, assim, qualquer participação intelectual por parte do trabalhador. Além disso, com a inserção do cronômetro no processo de produção, passou-se a ser exigido um tempo necessário para realização de cada operação, transformado o trabalho em atividades parceladas e sem a necessidade da utilização da capacidade criativa do trabalhador (Gramsci, 1978).

O segundo princípio diz respeito à seleção dos trabalhadores, princípio que visava o descarte de todos aqueles que não se adequassem às novas formas de trabalhar. Nesse método, depois de realizada a seleção dos trabalhadores aptos a assumirem os postos de trabalho, eles eram treinados e aperfeiçoados para desempenhar tarefas relativamente simples e rotineiras (Heloani, 2002).

O terceiro princípio era caracterizado pelo controle máximo das tarefas desempenhadas pelos trabalhadores e da tentativa de evitar qualquer tipo de problemas de classes no processo produtivo, através do estabelecimento de uma cooperação do gerente com os trabalhadores (Heloani, 2002).

Por fim, o quarto princípio, diz respeito a uma divisão igualitária do trabalho entre a administração e a classe trabalhadora, ficando evidente a separação entre quem realiza o trabalho braçal e o intelectual, ou seja, os gerentes que planejavam e os trabalhadores que executavam (Heloani, 2002).

Com o passar do tempo, o modelo de organização de Taylor foi sendo modificado, e, é possível apontar que os princípios essenciais causadores dessas mudanças foram: um novo modo de gestão de força de trabalho e a administração coletiva da linha de montagem desenvolvida por Henry Ford (Moraes Neto, 1991).

A partir dos princípios de Taylor sobre a padronização e simplificação do trabalho, Henry Ford desenvolveu seu próprio método de organização do trabalho, fixando o trabalhador em seu posto de trabalho e criando a linha de montagem (Moraes Neto, 1991).

Ford tira sua inspiração para a linha de montagem do processo contínuo de produção existente nos matadouros, *moving assembly line*, onde utiliza a mecanização associada e parcialmente automatizada. A partir da linha de montagem, o controle sobre o trabalho é feito automaticamente pela máquina sem a necessidade da supervisão constante do gerente. A esteira, *conveyor belt*, resolve a questão do controle dos tempos e movimentos que passam a ser determinados pelo ritmo da máquina, diferenciando-se do taylorismo em que o ritmo era baseado no rendimento individual do trabalhador (Clark, 1990).

Segundo Carvalho e Schmitz (1990) a linha de montagem leva o trabalho até os homens e não mais o contrário. A peça é trazida através da esteira e cabe ao trabalhador fixar os componentes para obtenção do produto concluído no final da linha. O resultado desse processo é a redução da necessidade de pensamento por parte do trabalhador e a diminuição de seu movimento a um mínimo. O fordismo também institui a forma de pagamento por dia e por hora no lugar do pagamento por rendimentos como no taylorismo, já que o ritmo de trabalho não depende mais do trabalhador, mas sim da velocidade da esteira.

Do ponto de vista dos trabalhadores, a implantação desses princípios organizacionais resultou em uma grande degradação das condições de trabalho devido as suas características opressivas, desqualificadoras e alienantes. Além disso, a monotonia e o ritmo extenuante da linha de montagem e a humilhação imposta pela vigilância, são denunciados pelos trabalhadores por meio de diferentes formas de resistência tanto individual quanto coletiva (Leite, 1994).

Conforme afirma Dias (2008), com o objetivo de alcançar uma maior eficiência das indústrias, Ford buscou desenvolver com seu método a máxima mecanização do processo de trabalho com a maior economia de tempo, aumentando assim o rendimento da maquinaria. O princípio de Ford difere nesse ponto do taylorismo, visto que no método de Taylor, a produtividade aumentava pelo trabalho manual realizado pelos operários. No entanto, os princípios da administração científica de Taylor ainda eram de suma importância para tornar possível o bom funcionamento da linha de montagem de Ford, pois havia grande necessidade

de domínio dos tempos de trabalho, ficando evidente que o ritmo de trabalho agora passa a ser imposto pela mecanização da linha de montagem.

Martins (2008), ressalta que assim como o taylorismo, o fordismo também retira o trabalhador da condição de sujeito da produção, restringindo ao máximo sua liberdade através de excessivo controle de tempo e movimentos, incluindo-o na posição de mero objeto do processo produtivo.

Para Dejours (1992) é notável que há uma grande incoerência no sistema taylorista/fordista que diminui as diferenças, cria o anonimato e o intercâmbio e, no entanto, individualiza os homens frente ao sofrimento.

Wood (1992) discorre sobre o modo de produção implantado por Ford, realçando a redução do esforço humano, o aumento da produtividade e a diminuição dos custos. A partir dessas mudanças, o trabalhador na linha de montagem tinha apenas uma única função, realizando assim, apenas uma tarefa e não sendo habilitado a realizar nenhuma outra atividade. Dentro dessa realidade, ele não possui qualquer perspectiva de carreira.

Neste sentido, Neffa (1998), pontuou que as principais características do processo de produção fordista são: a produção em massa de produtos; a verticalização da produção, que propicia a possibilidade de controle direto do processo produtivo; o funcionamento contínuo da produção, alcançado através da linha de montagem rolante; a intensificação do ritmo de trabalho; a diferenciação entre o trabalho braçal/intelectual, visto que a dimensão do trabalho intelectual ficava sob responsabilidade da gerência científica enquanto que a atividade do operário reduzia-se a uma ação mecânica e repetitiva.

Apesar da forte resistência dos trabalhadores no início do século XX, os princípios da organização científica são efetivamente generalizados nos Estados Unidos na década de 1920, na conjuntura resultante da Primeira Guerra Mundial, onde havia grande escassez da mão-de-obra e crise econômica, que resultou na perda do valor dos salários e aumento das horas trabalhadas para o aumento da produtividade. Essa situação acaba abalando a resistência dos sindicatos e favorecendo as condições para o triunfo da organização científica do trabalho (Nelson, 1984).

Pires (1996) observa que os princípios da organização científica ganham popularidade mundial ao serem associados a justificativa de cientificidade, ou seja, da aplicação da ciência a serviço da humanidade e não somente do lucro dos capitalistas. Contudo, durante todo processo de implantação de seus princípios e mesmo após sua efetiva consolidação, houve muita resistência operária, protestos, greves e diversos tipos de reações, tanto nos Estados Unidos como na Europa.

Segundo Antunes (2009), podemos esclarecer que o binômio taylorismo/fordismo conseguiu vigorar durante quase todo século XX mantendo práticas de produção em massa e estruturadas de maneira totalmente verticalizadas. Além disso, visando acabar com o desperdício da produção através da redução do tempo e aumento do ritmo de trabalho, esse binômio acabou intensificando os meios de exploração.

Nas palavras de Antunes (2009):

Esse padrão produtivo estruturou-se com base no trabalho parcelar e fragmentado, na decomposição das tarefas, que reduzia a ação operária a um conjunto repetitivo de atividades cuja somatória resultava no trabalho coletivo produtor dos veículos. Paralelamente à perda da destreza do labor operário anterior, esse processo de desantropomorfização do trabalho e sua conversão em apêndice da máquina-ferramenta dotavam o capital de maior intensidade na extração do sobretrabalho. À mais-valia extraída extensivamente, pelo prolongamento da jornada de trabalho e do acréscimo da sua dimensão absoluta, intensificava-se de modo prevalecente a sua extração intensiva, dada pela dimensão relativa da mais-valia. A subsunção real do trabalho ao capital, própria da fase da maquinaria, estava consolidada (p. 39).

Mattoso (1995) explicita que o padrão de desenvolvimento taylorista/fordista, também chamado de modelo americano, acabou sendo hegemonizado pelo padrão industrial, tecnológico, financeiro, agrícola e militar dos Estados Unidos.

Segundo o autor, esse padrão de desenvolvimento apresenta como características: a) crescimento internacional rápido e duradouro da produção e da produtividade; b) liderança do setor industrial, principalmente na produção em massa de bens de consumo duráveis (como os automóveis e os eletrodomésticos), produção de bens de capital e a indústria química (especialmente a petroquímica); c) internalização da produção – grandes empresas oligopólicas com subsistemas de filias; d) comércio internacional com ritmo mais intenso do que o ritmo do crescimento da produção industrial; e) embora o comércio internacional tenha um grande aumento, o mercado interno é o principal responsável pelo crescimento econômico dos principais países capitalistas; f) crescimento do emprego industrial e também do emprego no setor de serviços (que também funciona sob a lógica industrial) concomitante à diminuição do emprego agrícola nos mercados de trabalhos nacionais; g) utilização do petróleo como principal fonte de energia, em substituição progressiva ao uso do carvão, o que foi mais fácil

de ser realizado tendo em vista o preço do petróleo, que no período estava em queda (Mattoso, 1995).

Apesar do padrão de desenvolvimento citado tenha sido capaz de garantir o mais longo período de prosperidade sob o modo de produção capitalista, 25 anos após a Segunda Guerra (1939-1945), ressalta-se que sua configuração não foi meramente resultado de uma determinação econômica, mas sim o resultado de uma dinâmica da luta de grupos e classes sociais, que exigiu muitas mudanças na forma de gestão econômica, no papel e na estrutura do Estado, na relação salarial e no padrão de consumo (Leite, 1994).

O Estado ampliou sua atuação e passou a fazer intervenções na reprodução da força de trabalho. Nesse sentido, articulou com os sindicatos a compatibilização do ritmo e modelo de acumulação com os salários e os níveis de consumo, tornando-os mais apropriados ao padrão tecnológico e de produção industrial. O Estado, pela primeira vez, conciliou os interesses da apropriação privada dos meios de produção “com o planejamento, com uma gestão mais democrática da economia e com uma intensa elevação do padrão de vida” (Mattoso, 1995, p.28).

Ainda segundo o autor, para que isso efetivamente acontecesse, foi necessário o crescimento e fortalecimento dos sindicatos e sua participação na luta política. Os trabalhadores precisaram fazer suas concessões, como a redução da demanda por socialização da propriedade e suas críticas à organização do trabalho e em contrapartida conquistaram uma maior socialização da renda produzida, um sistema de *welfare*, salários melhores, políticas voltadas para o pleno emprego, direitos sindicais para determinação do valor salarial e direitos políticos para participação na política nacional. Do lado dos empresários industriais, também foram necessárias algumas concessões, como a permissão da participação dos trabalhadores em suas organizações e um maior grau de envolvimento do Estado na economia. Nesse contexto, o Estado Nacional, além de atuar como regulador macro-econômico, exerce também o papel de administrador da demanda, buscando a redução das desigualdades e do desemprego por meio de uma rede de serviços, conhecida como Estado do Bem-Estar Social (Mattoso, 1995).

Para entender melhor o que é a política do bem-estar social, Singer (1989) explicita que John Maynard Keynes (1883-1946), contribuiu com a teoria econômica ao possibilitar que o Estado atue como regulador da conjuntura. Para Keynes a demanda efetiva pode em determinadas situações ser insuficiente para manter a economia em pleno emprego e que, por tanto, uma economia em depressão tem a possibilidade de crescer mediante a elevação da demanda. Segundo Keynes, a elevação da demanda pode ser feita de duas formas:

por meio da redistribuição da renda dos ricos para os pobres ou por ação do Estado. Para ele a opção mais adequada é a ação do Estado. A participação do Estado está no investimento em aumentar os serviços públicos, como segurança, educação, saúde, obras públicas. Nesse sentido, a demanda estatal somada à privada faz crescer o nível de produção e emprego. O investimento feito pelo Estado resulta no aumento da renda dos consumidores que acabam elevando seus gastos, gerando continuamente novas rendas. Para expansão do emprego, Keynes admitia a possibilidade de gerar uma pequena e estável inflação.

O *welfare state* keynesiano se caracterizou pela aliança entre a política econômica keynesiana e *welfare state* e buscou, por um lado, diminuir os riscos e incertezas dos trabalhadores assalariados no contexto de uma sociedade capitalista e, por outro, por meio de uma política econômica, regularizar o crescimento econômico, garantindo a demanda para o consumo e crescimento. Com o lucro do capital os operários garantiriam o futuro emprego e o nível de renda enquanto que os capitalistas ao terem despesas com o *welfare state* também tinham garantido uma demanda efetiva e uma classe operária com os problemas de saúde sanados, com moradia satisfatória, bem treinados e satisfeitos (Offe, 1983).

Ressalta-se que o *welfare* não foi algo concedido pelo capital, mas sim uma conquista dos trabalhadores após inúmeras lutas, o que resultou também na conquista de vários direitos por parte dos trabalhadores e em mecanismos que preservassem a mão-de-obra dentro das condições necessárias para a manutenção da produtividade industrial.

De acordo com Pires (1996), mesmo o *welfare* tendo contribuído com as economias capitalistas ele não foi capaz de resolver a insatisfação dos trabalhadores com a falta de controle sobre o processo de trabalho, a exploração e com o ritmo abusivo de trabalho.

Como observou Singer (1989), além das políticas econômicas keynesianas, outros fatores contribuíram com a prosperidade dessa época, como a redistribuição de renda aos assalariados e a generalização do consumo de novos produtos (automóveis e eletrodomésticos) que propiciou um crescimento contínuo da economia capitalista. Soma-se a isso o fato de que os salários aumentaram em proporção à produtividade, elevando também o consumo. Nesse sentido, a demanda aumentou não pelo gasto público, mas sim pela redistribuição de renda.

O autor esclarece que a redistribuição de renda foi algo liderado pelos Estados Unidos no âmbito da Guerra Fria. Na década de 1960 o Estado realizou uma nova redistribuição de renda e, em praticamente todos os países capitalistas adiantados houve o aumento dos gastos públicos com educação, saúde e previdência social. Nesse contexto pós-

guerra houve um grande crescimento do setor público nos países capitalistas ao mesmo tempo em que a acumulação do capital continuou elevada, tanto pela expansão do consumo privado quanto pelo gasto público. Observou-se neste contexto o aumento da diversidade dos produtos, devido especialmente às inovações tecnológicas, o que culminou em mudanças no processo produtivo, necessidades de aumento da produtividade do trabalho e de renovações dos equipamentos. A exportação para os países industrializados também cresceu, ampliando assim o mercado mundial.

Mattoso (1985) observa que neste período, a década de 1960, para garantir o pleno emprego, as políticas econômicas dos estados nacionais garantiram o aumento dos postos de trabalho e, devido à isso, ocorreram modificações no mercado de trabalho. A Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) aponta que em 1960 o emprego total nos países capitalistas avançados era dividido em: 21,6% na agricultura, 35,3% na indústria e 43,1% nos serviços. Passados quase 20 anos, em 1979 a divisão era: 9,9% na agricultura, 34,1% na indústria e 55,9% nos serviços. Observa-se a diminuição do emprego da agricultura, na indústria quase não há alterações e no setor de serviços observa-se um grande aumento. O autor pontua que o emprego no setor de serviços já vinha aumentando desde o início do século, contudo foi fortemente impulsionado devido às políticas do Estado de Bem-Estar Social.

Offe (1983) explicita que, embora a política do *welfare state keynesiano* tenha resolvido muitos problemas (como a questão da demanda) outros problemas começaram a surgir. Segundo o autor, ampliou-se o problema da oferta e a prática do governo de criar déficits para evitar o desemprego, o que culminou em um efeito contrário, a longo prazo, com o aumento do número de desempregados. Soma-se a isso as demandas feitas em relação ao orçamento do Estado, de uma lado pelos trabalhadores que exigem mais benefícios sociais e por outro lado pelos capitalistas em busca de juros menores e maior proteção econômica. Esse embate acabou resultando no aumento da dívida pública. Essa situação levou o Estado a criar medidas para redução dos programas de bem-estar social bem como o retorno das políticas neoliberais de auto-regulação pelo mercado tanto da sociedade como da economia.

A partir de 1960, esse modelo de desenvolvimento começou a apresentar sinais de esgotamento, levantando inúmeras questões sobre quais seriam as determinações que levaram a essa crise. Muitos são os motivos apresentados, desde aspectos econômicos, políticos-culturais e tecnológicos, os quais podemos citar: a diminuição dos ganhos com a produtividade; a insatisfação do operário com as condições de trabalho; a resistência ao

modelo de organização taylorista/fordista; faltas e greves dos trabalhadores como forma de resistência a intensificação do ritmo de trabalho para aumento da produção (Leite, 1994).

Dias (2008) aponta que na economia a crise que provocou um profundo esgotamento no padrão produtivo taylorista/fordista na década de 1970 foi causada pela crise do petróleo, a modificação das características da demanda, o aumento dos custos de mão-de-obra nos países desenvolvidos, entre outras e que acabou levando a uma busca por uma redefinição das características de mercado com vistas a uma adaptação imediata às mudanças.

Destaca-se também que a hegemonia norte-americana declinou e em contrapartida outras economias se fortaleceram como a Europa e o Japão, que conseguiram aumentar sua participação no mercado internacional, expandir filiais e internacionalizar seus capitais. Essa conjuntura possibilitou o crescimento da industrialização em países de terceiro mundo (Pires, 1996).

Mattoso (1995) esclarece que nessa crise os Estados Unidos perde o posto de modelo de desenvolvimento, o que possibilitou o surgimento de novos blocos econômicos, destacando-se aqueles liderados pelo Japão e Alemanha, contudo, diferente da crise dos anos 30, na qual se consolidou a hegemonia americana, nessa crise não houve a consolidação de um novo padrão hegemônico. Esse contexto possibilitou a concorrência internacional em busca de maior competitividade e aumento da produtividade, criando a necessidade de um novo padrão tecnológico e produtivo. No entanto, segundo o autor, não foi criado um novo padrão de desenvolvimento, com articulações salariais, de consumo e sociais, mas sim, um grande campo de desestruturação e incertezas.

Diante da crise, surgiu a necessidade de reestruturação do capital, que incluiu uma série de modificações e ajustes macroeconômicos e grandes transformações no modelo de produção industrial, como a introdução de inovações tecnológicas e novos meios de organização do trabalho (Leite, 1994).

Segundo a autora, a competição entre as empresas diante de um mercado reduzido pela crise econômica, a busca pela entrada no mercado internacional em países que ainda estão se industrializando e a diminuição de grande parte da população do quadro de consumo são os fatores determinantes que tornou obsoleta a automação rígida, que era o motor da produção fordista. Quando temos a automação rígida, a máquina é programada para a produção de mercadorias padronizadas, e, para introduzir uma alteração era necessária uma nova máquina. Nesse sentido, a produção em larga escala é o que torna, portanto, a máquina rentável. A introdução de equipamentos microeletrônicos vieram com a função de atender as necessidades de rápida adaptação ao mercado altamente competitivo, além de possibilitar

alterações no produto sem exigir mudanças físicas no sistema. Nesse sentido, as novas tecnologias informatizadas permitiam o aumento da produtividade das máquinas, seja por produzir em ritmo acelerado ou por transformar os chamados tempos mortos em tempos produtivos. Diferente do taylorismo que buscava a intensificação do trabalho, a busca da eficiência é pela intensificação do trabalho da máquina, embora a cadência não tenha desaparecido e o ritmo do trabalho não tenha passado para o controle dos trabalhadores (Leite, 1994).

No que diz respeito ao novo regime de acumulação, Antunes (2009) conceitua que esse novo padrão é muito distinto do modelo de acumulação taylorista/fordista, haja vista que a acumulação passa a ser articulada como um conjunto de elementos de continuidade e descontinuidade e que se desenvolveu em uma estrutura produtiva mais flexível, recorrendo frequentemente à desconcentração produtiva e às empresas terceirizadas. É possível perceber também a utilização de formas diferentes de gestão de força de trabalho, o trabalho em equipe, as células de produção, os grupos semiautônomos e o envolvimento participativo dos trabalhadores, porém com uma participação manipuladora, que preserva na essência, as condições do trabalho alienado.

Harvey (1992) esclarece que dentro desse novo contexto, as mutações que ocorreram foram muito específicas e geraram grandes consequências ao sistema de produção capitalista. O autor aponta que devido à necessidade vigente de um regime de acumulação flexível as principais mudanças que caracterizam essa nova era da produção capitalista foram principalmente o desemprego, a divisão global do trabalho, a divisão de mercados, o capital volátil, a reorganização financeira e tecnológica, o fechamento de unidades, entre outras.

Antunes (2009) aponta algumas características desse processo:

De fato trata-se de um processo de organização do trabalho cuja finalidade essencial, real, é a intensificação das condições de exploração da força de trabalho, reduzindo muito ou eliminando tanto o trabalho improdutivo, que não cria valor, quanto suas formas assemelhadas, especialmente nas atividades de manutenção, acompanhamento e inspeção de qualidade, funções que passaram a ser diretamente incorporadas ao trabalhador produtivo. Reengenharia, *lean production*, *team work*, eliminação dos postos de trabalho, aumento da produtividade, qualidade total, fazem parte do ideário (e da prática) cotidiano da “fábrica moderna”. Se no apogeu do taylorismo/fordismo a pujança de uma empresa mensurava-se pelo número de operários que nela exerciam suas atividades de trabalho, pode-se dizer que na era da acumulação flexível e da

“empresa enxuta” merecem destaque, e são citadas como exemplos a ser seguidos, aquelas empresas que dispõem de menor contingente de força de trabalho e que, apesar disso, têm maiores índices de produtividade (Antunes, 2009, pp. 54-55).

Com essa nova realidade e diante da necessidade de enfrentamento da crise presente, as empresas não tiveram alternativas a não ser promover transformações em suas estratégias administrativas. Assim, foram à procura de novos mercados e produtos e levaram sua produção para locais onde houvesse mão-de-obra barata e organizações sindicais e fiscais menos organizadas. Diante desse quadro, novas formas de organização do trabalho começaram a ser adotadas, as quais foram inspiradas no modelo dos japoneses conhecido como toyotismo (Merlo & Lapis, 2007).

No que diz respeito ao sistema industrial japonês, Antunes (2009) aponta que esse sistema acabou sendo muito impactante no mundo ocidental, visto que mostrou ser uma alternativa diante da crise capitalista vivida na década de 1970. Com características tecnológicas muito avançadas, o trabalho em equipe, envolvimento dos setores de trabalho e controle sindical, os países do Ocidente passaram a ver o modelo japonês como uma possibilidade de superação da crise de acumulação.

Como observa Peres (2010) surge a chamada flexibilidade profissional, ou seja, a mescla entre a elaboração e a execução de tarefas e estratégias organizacionais. O trabalhador tornado polivalente é o que conhece além de suas atribuições peculiares, sendo capaz de compreender a essência do processo produtivo. Com a possibilidade de conhecer novas operações, pode-se reforçar a cooperação entre os funcionários de uma organização aumentando a eficiência e a produtividade em prol do capitalismo.

É aí que podemos conhecer as artimanhas do capital – o operário meramente executor não era mais lucrativamente interessante frente ao operário polivalente e participativo. Além disso, as lutas sociais em busca de melhores condições de trabalho e respeito aos direitos dos trabalhadores perturbavam os interesses capitalistas e deveriam ser rapidamente solucionadas.

Estratégias como o *just in time* (produção da quantidade justa no tempo justo de satisfazer a demanda – diminuição da distância entre a produção e a venda), *team work*, a eliminação do desperdício e o controle de qualidade total são partes do discurso toyotista de produção e adotadas pelas empresas do mundo todo. Essas estratégias tornam-se modismos entre os consultores de Recursos Humanos. Somente as empresas que se encontram integradas

a tais estratégias são tidas como empresas-modelo, recebendo os certificados de qualidade ISO 9000, 9001, 9002, entre outros (Peres, 2010).

Observa-se assim como o poder transformador do capital atinge dimensões globais. O que é conveniente para os fins capitalistas deve ser adotado por todos que integram o sistema.

Mesmo com tantas transformações não é possível perceber necessariamente benefícios para o trabalho ou para o trabalhador. Há uma intensificação do trabalho em que o sistema *just in time* é implantado, da mesma forma que a tecnologia não acarreta o trabalho qualificado como consequência. Nesse novo processo produtivo são enfatizadas as melhorias no que diz respeito ao trabalho mais qualificado e habilitado – como o trabalho em equipe, a multifuncionalidade e a polivalência, a flexibilidade -, mas oculta-se que este mesmo processo tem levado frequentemente à intensificação e precarização do trabalho (Peres, 2010).

Diante dessas transformações, é possível pontuar resultados imediatos e muito negativos no mundo do trabalho, como a fragmentação da classe trabalhadora, precarização da força de trabalho, terceirização, desmonte do sindicalismo, a grande desregulamentação dos direitos do trabalho, entre outros e, nas palavras de Ken (1990), soma-se à todas essas consequências, o estranhamento entre os trabalhadores:

Por detrás da cooperação gerencial-trabalhista, do conceito de equipe, do paternalismo, das reuniões matinais e por detrás de cantar em conjunto a canção da companhia, oculta-se uma função totalitária, que fomenta o enfrentamento entre os trabalhadores, estimulando-os a se espionarem uns aos outros e a se disciplinarem. As condições no local de trabalho não são de cooperação, mas de medo e terror (Ken, 1990, p. 6).

A terceirização aqui citada anteriormente também merece destaque, visto que diante dessa nova realidade parte das atividades que eram executadas no interior da indústria são terceirizadas, ampliando assim a demanda por serviços pela indústria, com redução da força de trabalho industrial, com vínculos diretos com a empresa. Surge uma maior integração empresarial, visto que formam-se redes de empresas envolvidas na produção de um determinado produto. Com vistas a garantir seu lugar no mercado, as empresas tornaram-se cada vez mais especializadas, reduzindo assim seu tamanho e quadro de funcionários. Nesse sentido, as empresas realizam apenas o trabalho que para elas é considerado essencial e terceirizam as demais atividades. A tendência de terceirizar se expandiu também para o setor

de serviços, como bancos e hospitais, nos quais inúmeras atividades e processos são terceirizados. Outra destaque para a terceirização é o fato de que ela serve para que as empresas diminuam seus custos com força de trabalho e também para que fujam das pressões sindicais (Mattoso, 1996).

Apesar de ser importante a realização de uma discussão mais detalhada acerca das mudanças propostas pelo toyotismo, ressalta-se que foram priorizados apenas alguns elementos para caracterizar as transformações advindas com esse sistema.

Assim, dando continuidade nas transformações decorrentes da crise estrutural do capital, pontua-se que esse cenário propiciou condições favoráveis para uma transformação ideológica na política econômica mundial, oferecendo cada vez mais espaço para a revolução liberal (Fuhrmann, 2004).

Segundo Antunes (2009), o modelo de regulação social-democrático, que deu sustentação ao estado de bem estar social, em vários países, também foi encoberto pelo neoliberalismo, privatizante e anti-social.

Conforme esclarece Anderson (1995), ainda que a implantação do neoliberalismo esteja sujeito às particularidades de cada Estado que o incorpora, é fato inegável a vitória hegemônica do ideário neoliberal nas economias globalizadas do início do século XXI.

Neste sentido, Demo (1995) esclarece que o neoliberalismo é claramente definido por um conjunto de imposições ao plano das políticas econômicas que objetivam entre outras coisas sanar a crise fiscal dos Estados e retomar a acumulação do capital em escala internacional. Para tanto, é imprescindível o fim do Estado de bem-estar social e a diminuição dos gastos sociais, além da privatização de ativos públicos, desorientação de atividades sindicais, globalização da economia, flexibilização do trabalho e a desregulamentação do mercado. Quando se olha para a esfera social, há a ênfase também no resgate da responsabilidade individual.

Observa-se, ainda, que o neoliberalismo passou a determinar o ideário e o programa a serem implementados pelos países capitalistas, contemplando a reestruturação produtiva, com a aceleração das privatizações, o enxugamento do estado, políticas fiscais e monetárias, em sintonia com organismos mundiais de hegemonia do capital (Antunes, 2009).

Além disso, são características marcantes desse período a desmontagem dos direitos sociais dos trabalhadores, o combate ao sindicalismo classista, a propagação de um subjetivismo e de um individualismo exacerbado e uma animosidade contra qualquer proposta socialista que se mostrasse contrária aos interesses do capital (Harvey, 1992).

Diante dessa nova redefinição econômica e política, as atividades sociais e econômicas nos países capitalistas passaram a ser reguladas pelo mercado e, nas décadas de 1980 e 1990, os ideais básicos do neoliberalismo passaram a fazer parte do cotidiano dos cidadãos comuns com grau de receptividades diferenciado. Nas palavras de Bóron (1995, p. 158) “o mercado foi idolatrado, o Estado demonizado, a empresa privada exaltada e o darwinismo social foi visto como algo desejável do ponto de vista econômico”.

Laurell (1995) aponta que a política social do neoliberalismo resultou em um grande retrocesso social, visto que suas consequências são a queda dos salários, o aumento do desemprego e o empobrecimento generalizado da população.

Diante dessas considerações é importante refletir em todas as consequências que as transformações resultantes da crise do capital geraram no mundo do trabalho. Com o entendimento dessa crise é possível perceber todos os problemas que incidiram diretamente no movimento dos trabalhadores, visto que afetaram tanto a economia política do capital quanto suas esferas política e ideológica. Desse modo, é relevante pensar que esses processos já pontuados não podem ser compreendidos e analisados de forma dissociada e descontextualizada, pois necessitam ser interpretados nas suas relações (Antunes, 2009).

1.1.2. O trabalho no setor de serviços

Destaca-se que é de suma importância apontar o crescimento significativo do setor de serviços na economia, visto que o trabalho em saúde está inserido nessa categoria.

Como observa Pires (1996), o setor de serviços, caracterizado pelas atividades realizadas fora do espaço de produção industrial e que são de grande importância para a sociedade, tiveram um grande crescimento no decorrer do século XX. O número de trabalhadores do setor industrial diminuiu de forma significativa enquanto que o número de trabalhadores em escritórios, comércio e serviços aumentaram, com diferenças significativas entre si no que diz respeito à salários, atividades desenvolvidas, prestígio, mas que em comum têm o fato de serem todas atividades diferentes da produção material do tipo industrial.

Mattoso (1995) destaca que durante o século XX, especialmente após a Segunda Guerra (1939-1945) o setor de serviços cresceu muito enquanto que no setor industrial o emprego diminuiu. Na década de 1970 nos Estados Unidos e no Canadá já se observava 60% dos empregos no setor de serviços e com a chegada dos anos 1980 isso já era uma realidade em 12 países.

No Brasil, o crescimento do setor terciário já era uma realidade nos anos 1990. Saboia (1992) destaca que a população que ocupava o setor terciário passou de 46% em 1981 para 54,5% em 1990; o setor agrícola teve uma redução de 29,3% para 22,8% no período citado e o setor industrial também reduziu de 24,7% para 22,7%. Em 1990 o setor de serviços já era responsável por mais da metade do Produto Interno Bruto (PIB) e da mão de obra do país.

Ao estudar questões relativas ao trabalho no setor de serviços percebeu-se que a grande maioria dos autores pesquisados reflete sobre essas questões a partir dos estudos de Marx sobre o trabalho. Nesse sentido, retomamos alguns conceitos dele e de outros autores que utilizam seus estudos para embasar essa discussão.

Braverman (1981) esclarece que se levado em consideração o conjunto dos estudos de Marx, o trabalho em serviços pode ser considerado tanto produtivo como não produtivo, dependendo da relação econômica estabelecida.

Segundo Marx (1969), com a sociedade capitalista, diversas atividades que anteriormente eram exercidas de forma gratuita ou remuneradas de maneira indireta, como no caso dos profissionais liberais, acabaram se transformando em atividades assalariadas. Nesse sentido, o trabalho no setor de serviços se torna assalariado e apresenta essa identidade com o trabalho produtivo, entretanto se trocam seus serviços por dinheiro acabam por não produzir mais-valia num processo de auto-valorização do capital. Um exemplo é o soldado, que é assalariado, mas não é considerado um trabalhador produtivo.

Diante disso, é importante pontuar que na sociedade capitalista existem diversas formas de trabalho que não se enquadram na categoria de trabalho produtivo ou improdutivo, como no caso do trabalhador que se auto-emprega (como no caso do pequeno produtor). Estas formas de trabalho não são subordinadas ao modo de produção capitalista, mas mantêm uma relação com ele. Como exemplifica Marx, uma cantora que vende seu canto pode ser assalariada ou vender diretamente seu produto, mas caso ela seja contratada por alguém que a coloque a cantar para ganhar dinheiro, ela então é uma trabalhadora produtiva, pois está produzindo capital. Nesse mesmo entendimento temos o caso do trabalho do professor que não é um trabalho produtivo, mas que ao ser contratado com outros professores, mediante seu trabalho, para valorizar o capital do empresário do setor, torna esse um trabalho produtivo (Marx, 1969).

Destaca-se que, de acordo com Marx (1969), do ponto de vista da forma, os trabalhadores do setor de serviços se submetem formalmente ao capital, contudo eles ainda

detêm o conhecimento sobre seu trabalho, não sendo somente reprodutores das determinações do capital.

Marx (1969) esclarece ainda que o produto do trabalho em serviços não pode ser separado dos trabalhadores, pois não são possíveis de existir independente do ato de sua produção. Segundo ele, no caso da produção não-material, mesmo que a produção vise a troca ou criação de mercadorias, existem duas possibilidades, sendo elas: 1) o resultado são as mercadorias que existem de forma separada de quem a produziu, ou seja, podem circular como mercadorias no espaço de tempo entre sua produção e o consumo, como no caso de livros, quadros. Neste exemplo a produção capitalista atua de forma limitada. De maneira geral trabalham para um capital comercial, como as editoras de livros, numa relação apenas formalmente capitalista, mesmo que a exploração também nestes casos seja enorme; 2) Não é possível separar o produto do ato de produção. Neste caso também o modo capitalista de produção só consegue atuar de maneira limitada.

Segundo Braverman (1981), a explicação para o grande crescimento do setor de serviços se deve ao fato de que o capital passa a penetrar nos diversos setores da vida transformando as antigas formas de cooperação (mútua, social, comunitária e familiar) em atividades de comércio no mercado.

Arrumavam-se casas, limpava-se chão, serviam-se refeições, crianças eram cuidadas, doentes eram atendidos muito antes que pessoas fossem contratadas para fazerem essas coisas. E mesmo depois que se contrataram empregados para fazer isso, essas atividades não eram de interesse para o capitalista, exceto em termos de seu conforto e despesas domésticas. Tornaram-se de interesse para o capitalista quando ele começou a pagar essas pessoas para efetuarem serviços como atividade lucrativa, como parte do seu negócio, como forma de produção no modo capitalista (...) e transformou em mercadoria toda a forma de atividade do ser humano, inclusive o que até então as pessoas faziam para si mesmas e não para as outras (Braverman, 1981, p. 306).

Pires (1996) destaca que o resultado do serviço pode ser tanto uma mercadoria vendável, como alimentos produzidos em um restaurante ou resultado onde a produção e o consumo são indissociáveis, pois ocorrem simultaneamente como a prestação de serviços de saúde. Quando o trabalhador vende ao capitalista seu serviço (que o revende no mercado de bens) ao invés de vendê-lo diretamente ao usuário, temos o modo de produção capitalista de setor.

Braverman (1981) ressalta também as dificuldades encontradas para classificar os diferentes tipos de trabalho se consideradas as operações envolvidas, o processo e as relações de trabalho. Para o autor, o que importa ao capitalismo não é a forma do trabalho, mas sim, sua forma social e sua capacidade de produzir com o trabalho assalariado lucro ao capitalista. Não importa ao capitalista se ele emprega trabalhadores que produzirão automóveis, que irão consertá-los ou pintá-los, o que lhe interessa é “a diferença entre o preço que ele paga por um agregado de trabalho e outras mercadorias, e o preço que ele recebe pelas mercadorias – sejam elas bens ou serviços – produzidas ou prestadas” (Braverman, 1981, p. 305).

Ao destacar o trabalho dos profissionais liberais diante desse contexto, Mills (1979) faz uma importante contribuição ao pontuar que esses profissionais são aqueles que foram treinados de forma sistemática por um longo período de tempo, possuem capacidades intelectuais reconhecidas socialmente e contam com uma renda considerável. Esses trabalhadores são típicos representantes da civilização ocidental e que, especialmente nos Estados Unidos, apresentou grandes mudanças na transição da antiga para a nova classe média. O autor destaca como principais mudanças: a) muitos desses trabalhadores tornaram-se empregados e deixaram de exercer suas atividades de forma independente; b) fragmentação do conhecimento e das atividades, passando de possuidores de conhecimentos gerais e amplos para especialistas, necessitando agora de assistentes para execução das tarefas rotineiras. O controle do processo e trabalho e a integração das atividades coletivas passaram a ser exercidos por um número minoritário, adquirindo aspecto gerencial (Mills, 1979).

O autor observa ainda que, na década de 1950, nos Estados Unidos, os antigos consultórios e escritórios foram sendo progressivamente substituídos por clínicas ou firmas e, embora os profissionais independentes da antiga classe média tenham diminuído proporcionalmente de 1870 a 1940, isso não significou que foram substituídos, mas sim que foram suplementados por novas categorias. O aparecimento dessas novas especialidades deu-se pela revolução tecnológica e a ampliação da ciência nos setores econômicos; o aumento da complexidade das instituições e de problemas técnicos, que exigia cada vez mais especialistas e a interdependência e influência entre os setores que geravam novas necessidades e novas profissões (Mills, 1979).

Os antigos profissionais liberais detinham controle sobre o processo de trabalho, eram independentes para tomar suas próprias decisões, estabeleciam seus honorários e decidiam sobre sua jornada e condições de trabalho. Já nessa nova classe média transformaram-se em trabalhadores dependentes das determinações das grandes instituições, sendo chefiados por gerentes, recebendo salários e em condições de trabalho determinadas

institucionalmente. Nesse contexto, o objeto de trabalho passa a ser determinado por outros, sendo que eles próprios determinam o modo de trabalhar de outros assistentes. Neste processo de institucionalização de sua prática, observa-se que há uma transferência de parte do seu trabalho a outros, como médicos que transferem para enfermeiros, técnicos de laboratórios, fisioterapeutas, entre outros (Mills, 1979).

Ao conceituar o setor de serviços, especialmente no contexto das transformações no mundo do trabalho, Offe (1991) entende o setor como necessário para a manutenção estrutural da sociedade e aponta três possibilidades para explicar o aumento desse setor: a) os serviços aumentam como uma estratégia empresarial de absorver e manejar os riscos da luta competitiva entre as empresas; b) reação estratégica de socialização dos crescentes custos das exigências dos conflitos de classes. As reivindicações trabalhistas diante dos altos custos com a reprodução da vida no contexto urbano geraram como consequência a estratégia de socialização dos custos com a reprodução, de modo obter diminuição destes custos para as empresas, ao passo que diminuem os gastos com salários; c) para fazer frente à estagnação econômica do setor industrial. O setor de serviços surge como espaço de absorção da força de trabalho continuamente liberada do setor industrial (Offe, 1991).

Pires (1996) pontua que o crescimento do setor de serviços, especialmente durante todo século XX, contribui significativamente na produção de riquezas e na absorção da força de trabalho. Ele é parte integrante da totalidade social e provocou profundas modificações na sua organização e no processo de trabalho. Foi fortemente influenciado pelo trabalho parcelado e pelas formas de gestão taylorista-fordista e também pelas inovações tecnológicas organizacionais do processo da reestruturação produtiva.

O trabalho em saúde está inserido no setor terciário da produção capitalista, especificamente no setor de prestação de serviços, afastando-se, portanto, do trabalho no setor primário (extração de matéria-prima; agricultura; entre outros) e secundário da economia (indústria) (Queiroz & Salum, 1996).

Como observam Bujdoso, Trapé, Pereira e Soares, 2007:

No entanto, o trabalho não produtivo é consumido como valor de uso e não como gerador de valor de troca, característica do setor público terciário que vende um produto imaterial, um serviço, ou seja, ele vende o valor de uso de um determinado trabalho que é útil não como algo concreto, mas como atividade humana (Bujdoso, Trapé, Pereira & Soares, 2007, p. 73).

1.1.3. O processo de trabalho em saúde

Para elucidar o processo de trabalho, recorremos aos estudos de Gonçalves (1992) que analisou as práticas como produção de assistência e cuidado, desdobrando-as no estudo do processo de trabalho em saúde. O autor se vale da concepção de trabalho desenvolvida por Marx (1996), segundo o qual trabalho é a transformação realizada pelo homem para atender às necessidades humanas. Em sua concepção original, o trabalho humano era caracterizado por um processo de mediação entre homem e natureza, e, embora o homem seja parte integrante da natureza, este se diferencia dela pela sua ação livre e pela intencionalidade que aplica ao trabalho. Nesse sentido, o trabalho é o processo onde o homem coloca em ação suas energias físico-musculares e mentais, transformando o objeto sobre o qual atua, por meio de instrumentos e pela finalidade que o orienta (Marx, 1996; Gonçalves, 1992).

Diante disso, no processo de trabalho, o ser humano realiza uma atividade de transformação do objeto de trabalho, utilizando os meios de trabalho pretendidos desde o início (Marx, 1996). Com essa consideração, o trabalho humano reduzido à condição de atividade, sem que a vontade seja subordinada ao resultado, ao que se pretende, de acordo com Gonçalves (1992, p. 11) é a “condição objetiva das específicas formas de alienação do trabalho que se efetivam nas sociedades capitalistas modernas”.

Ao analisarmos o processo de trabalho como uma categoria analítica, por meio da qual se pode compreender alguns aspectos da realidade, temos uma estrutura mental básica, composta por três componentes que precisam ser examinados de maneira articulada. Segundo Marx (1996, p. 202) “os elementos componentes do processo de trabalho são: 1) a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho; 2) a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho; 3) os meios de trabalho, o instrumental de trabalho”.

O objeto do trabalho em saúde, apesar de estar inserido no corpo humano, tanto em suas dimensões objetivas quanto subjetivas, não pode ser abstraído de sua condição histórica. Gonçalves (1992) destaca que não é possível que exista um processo de trabalho em saúde geral, visto que não é possível lhe atribuir um objeto de trabalho natural independente da história. As necessidades de saúde e os objetos de trabalho em saúde são, nesse sentido, determinados historicamente. Os agentes responsáveis pela realização da prática em saúde, os trabalhadores, também não têm uma existência natural, mas estão também inseridos em uma divisão social do trabalho que é historicamente determinada.

Gonçalves (1992) partindo do conceito de Marx investigou o processo de trabalho em saúde, inicialmente o trabalho do médico, e distinguiu como seus componentes o objeto de trabalho, os instrumentos de trabalho, a finalidade e os agentes. Apesar do estudo do processo de trabalho em saúde, bem como o estudo dos processos de trabalho específicos das diversas áreas profissionais que o compõem, tenham tido diferentes desdobramentos, continua existindo ainda a necessidade de compreensão desses elementos, que são a dinâmica nuclear a partir do qual se observa outras dimensões do processo de trabalho e do trabalho em saúde.

Segundo Peduzzi (2007), o objeto de trabalho é aquilo que será transformado a partir da ação do homem. No entanto, o objeto não está disposto, na natureza ou no meio social, como um objeto natural e independente da ação humana, mas deve ser reconhecido como tal a partir do olhar do próprio trabalhador. O trabalhador com base em seu saber reconhece no objeto a necessidade que deverá ser atendida através de sua intervenção, que ensejará o produto ou o resultado esperado baseado na necessidade identificada. Nesse sentido, a autora esclarece que:

(...) o recorte de um objeto de trabalho pressupõe a existência de um projeto, ou seja, o reconhecimento de uma necessidade, o produto virtual gerado por sua transformação e os meios ou instrumentos através dos quais o homem pode intervir sobre ele. O projeto, por sua vez, pressupõe uma concepção e um saber anterior sobre a necessidade identificada e recortada como objeto (Peduzzi, 2007, p. 21).

Assim, diante da relação de reciprocidade dos elementos do processo de trabalho, nota-se que os instrumentos se constituem na sua relação recíproca com o objeto de intervenção, visto que o próprio objeto demanda de instrumentos que sejam adequados e o instrumento só pode ser aplicado aos objetos que lhe correspondem. Nesse sentido, os instrumentos de trabalho ampliam a possibilidade de intervir sobre o objeto, e isso demanda que sejam capazes de sintetizar as características do objeto e do produto resultante de sua aplicação. Esses instrumentos de trabalho podem ser tanto materiais como imateriais (como saberes, por exemplo). Estes são considerados como ferramentas de trabalho na medida em que orientam a ação e fundamentam o recorte do próprio objeto alvo de intervenção, ou seja, das necessidades que dão origem ao específico processo de trabalho (Peduzzi, 2007).

Para dar prosseguimento à apreensão do objeto de trabalho, o trabalhador da saúde, opera com um saber, o que lhe “permite compreender que aquela apreensão não se

identifica com um processo meramente intelectual, especulativo ou científico, mas se desdobra em técnicas materiais e não-materiais que encontram no saber seu fio condutor” (Gonçalves, 1992, p. 65).

Para Peduzzi (2007), o processo de trabalho tem por finalidade o seu caráter teleológico, ou seja, diz respeito ao fim a que se dirigem as atividades que compõem o processo de trabalho. Nesse sentido, o processo de trabalho é uma ação direcionada a um fim dado *a priori* e que corresponde à intencionalidade e a racionalidade que o orienta, presente no projeto que preside e acompanha o cotidiano de trabalho, no qual o trabalhador realiza seu respectivo processo de trabalho.

Diante disso, o processo de trabalho é a transformação de necessidades sociais, que estão em sua origem, e, a partir disso, desencadeiam inúmeros outros processos de trabalho, cada um correspondente a uma necessidade ou a um conjunto de necessidades específicas. Gonçalves (1992) considera a consubstancialidade e a circularidade entre processos de trabalho e necessidades de saúde, que, quando transformados em finalidade, orientam todo processo de trabalho. Para o autor, essas necessidades não são naturais, ou independentes da ação humana, mas sim, constituídas no bojo da historicidade e da sociabilidade humanas. Nesse sentido não são fixas, mas mudam conforme as variações sócio-históricas, que incluem os processos de trabalho correspondentes.

O agente do trabalho, o quarto componente do processo de trabalho em saúde analisado por Gonçalves (1992), só pode ser analisado a partir da sua relação com os demais componentes (objeto, instrumentos e finalidade), contudo, se destaca a partir do momento que a dinâmica do processo de trabalho só existe a partir da ação do trabalhador.

No contexto dessa dinâmica, os trabalhadores de saúde tanto reproduzem as necessidades de saúde e os modos como os serviços se organizam para saná-las como podem também criar espaços de mudanças, possibilitando novas necessidades e intervenções e formas de trabalhar e organizar os serviços de saúde. Nesse sentido, embora exista a normatividade do trabalho impondo uma série de limites, os trabalhadores não estão fadados à configuração dominante do processo de trabalho, mas podem criar mudanças, baseadas em sua atuação, que abarque tanto a dimensão tecnológica e técnica como a dimensão interativa e intersubjetiva do processo de trabalho (Gonçalves, 1992).

Tendo como foco de pesquisa os profissionais da saúde mental, serão apresentados alguns aspectos históricos e conceituais que caracterizam o processo de trabalho na saúde e posteriormente na saúde mental.

Serão expostas algumas contribuições teóricas de Pires (1996) no que diz respeito às transformações históricas do trabalho em saúde.

Ao olharmos para a história da humanidade, verifica-se que a assistência prestada aos indivíduos doentes sempre foi caracterizada como uma atividade diferenciada, realizada por pessoas reconhecidas pelo grupo como dotados de um conhecimento ou capacidade especial (Pires, 1996).

É possível perceber também que as práticas em saúde faziam parte de sociedades específicas e eram por elas influenciadas e, portanto, as formas de organização e divisão do trabalho, as concepções de saúde e doença e o próprio processo de formação profissional e de produção de conhecimentos foram sendo modificados ao longo da história (Foucault, 1977; Zago, 2007).

Pires (1996) explica que na Idade Média a assistência em saúde era uma tarefa desenvolvida por grupos especializados em áreas específicas, portanto, o trabalho era fragmentado em ramos do conhecimento e exercido tanto por religiosos quanto por leigos. Além disso, o conhecimento do processo saúde-doença nesta época era protegido pela Igreja e organizado de forma a preservar os princípios do cristianismo. Neste contexto a doença era considerada castigo divino, associada à teoria dos humores e à determinação ambiental.

A autora esclarece também que esses grupos religiosos eram formados por físicos, intelectuais, filósofos, enfermeiros, entre outros, porém, com diferenças na valorização social de cada um. Neste contexto, o trabalho intelectual era o mais valorizado (em detrimento do trabalho manual). A atuação destes profissionais tinha caráter religioso e profissional e eram especializados e remunerados e, portanto, destinado às parcelas mais abastadas da sociedade enquanto que o atendimento aos pobres era geralmente realizado pelas parteiras e pelos leigos, como os dentistas, os cirurgiões-barbeiros, os barbeiros e os boticários. Os profissionais dos grupos religiosos aprenderam o ofício inicialmente nos mosteiros e após o século X nas Universidades enquanto que os demais aprenderam por meio do acompanhamento de outros profissionais (Pires, 1996).

Numa época dominada pelo cristianismo e sem uma estruturação de Estado que pudesse representar o interesse coletivo, a organização de trabalho em saúde era estruturada de forma que os ofícios ditos manuais eram fortemente subordinados às atividades dos intelectuais. Diante disso, as faculdades médicas, expressão maior do ofício intelectual, não tinham apenas a função de formar profissionais, mas, além disso, determinavam as regras de todos os ofícios relacionados aos cuidados com a saúde (Zago, 2007).

Diante desse processo começaram a surgir as primeiras expressões de trabalho coletivo, visto que os clínicos, formados pelas Universidades, começaram a reconhecer que não eram capazes de realizar todo processo de assistência em saúde, passando a recorrer à outros profissionais, como os boticários para o preparo de medicamentos, as guildas⁴ cirúrgicas para a realização de intervenções cirúrgicas, entre outras. Assim, essas especializações das atividades em saúde começaram a impor, concomitantemente, a perda parcial do controle do processo de trabalho (Schraiber, 1993).

Em consequência deste contexto e devido à necessidade de estudos e teorias sobre as doenças, os hospitais acabaram se transformando nos espaços específicos para o desenvolvimento da relação médico-paciente, locais hoje que conhecemos como hospitais modernos e, devido à complexidade estrutural desses locais, surgiu a necessidade de um número maior de profissionais para atuar como uma extensão do próprio médico. Entre estes trabalhadores, o enfermeiro foi o mais importante (Pereira & Ramos, 2006).

A determinação do hospital como local prioritário de assistência à saúde e formação médica é também uma característica que surgiu em decorrência do modo de produção capitalista visto que, anteriormente à decadência da ordem feudal, o local prioritário de atendimento era o próprio domicílio do doente (Silva, 1986).

Gonçalves (1992) esclarece que na transição para o capitalismo em meados do século XVI, dois pontos fundamentais marcaram as necessidades de saúde desse período: a concepção de que o corpo humano é veículo promotor da força de trabalho e, portanto é preciso ser resguardado de doenças para a preservação dos corpos de trabalho. O outro ponto relaciona-se ao princípio social da igualdade, com vistas a aumentar o consumo das classes subalternas e colocar o trabalho da saúde como satisfação das necessidades sociais.

Neste contexto, Merhy (1997b) observa que no início, o trabalho em saúde apresentava uma base coletiva e visava o controle das doenças, atuando especialmente sobre as epidemias e higiene nas cidades através da educação em saúde, saneamento ambiental, entre outros. O autor destaca que essa forma de trabalho era muito valorizada visto que quanto mais saudável fosse o país, mais riquezas seriam produzidas.

Com a chegada do século XIX, o modelo clínico passou a ter como características um padrão individualizante com foco biológico e curativista, abolindo o caráter social do

⁴ Associações de profissionais que surgiram na Idade Média com o intuito de regulamentar o processo produtivo artesanal. Eram formados por pessoas qualificadas para trabalhar em uma determinada função – artesão, padreiro, ferreiros, entre outras (Arruda & Piletti, 2007).

processo de adoecimento. Essa concepção ilustra claramente a sociedade capitalista da época, baseada em um individualismo político-ideológico (Gonçalves, 1992).

A esse respeito, Lima (2007) explicita que a tendência do modelo individualizante tem um crescente prestígio neste contexto e leva o trabalho em saúde a participar diretamente na criação de condições para a acumulação do capital, na medida em que se encarrega da reprodução da força de trabalho.

Diante disso, é possível perceber que a lógica da organização capitalista passa a fazer parte da assistência em saúde, resultando em um trabalho institucional e coletivo, claramente parcelado em várias atividades e desenvolvido por diferentes profissionais da saúde, cada qual com a sua especialização.

Gonzáles e Beck (2002) observam que as atividades caracterizadas pela repetição de tarefas acabam por esgotar os instantes prazerosos do trabalho. Nesse sentido, o trabalho dos trabalhadores da saúde possui forte relação com a gênese do processo capitalista, uma vez que apresenta características como hierarquia, fragmentação e dicotomia, destinando dessa forma o trabalhador menos qualificado para os trabalhos mais pesados, com salários menores e menos reconhecimento.

Ao se refletir sobre o trabalho em saúde é preciso ter em mente que ele apresenta muitas particularidades, pois é complexo e mobiliza diretamente o trabalhador que lida com a existência de pessoas e sua saúde. Hennington (2008) ancorada no pensamento de Schwartz pontua que o trabalho em saúde leva a “reflexões a respeito dos valores tomados em consideração no campo das microdecisões durante o curso da atividade, além da dinâmica dos processos de trabalho e a noção de experiência e subjetividade dos trabalhadores” (p. 559).

Meirelles (2006) ao considerar o trabalho como uma categoria inserida no setor de serviços observa que ele se distingue dos demais processos produtivos por três características específicas: fluxo, variedade e uso intensivo de recursos humanos. O fluxo é uma característica em que o processo de trabalho é desencadeado diretamente pela solicitação do usuário e, portanto, caracteriza-se sob a forma de um fluxo de trabalho contínuo, que muitas vezes não pode ser controlável ou previsível. Sua produção e consumo são instantâneos no tempo e no espaço, fazendo com que o produto resultante seja impossível de ser estocado porque ele é consumido simultaneamente a sua produção, o que o torna também difícil de ser mensurado. A variedade é a característica que reflete à diversidade de técnicas de produção, considerando que o setor de saúde possui inúmeras áreas de atuação. Por último, o uso intensivo refere-se à presença intensiva de recursos humanos, pois, mesmo com o crescente aumento da incorporação da tecnologia neste setor, os trabalhadores representam o fator

produtivo predominante neste serviço porque se trata de uma atividade de natureza relacional e interativa.

Diante desses apontamentos, pode-se refletir que o trabalho em saúde acaba sendo encarado como uma atuação menos visível, já que produto e consumo então entrelaçados dentro de um mesmo processo.

Neste sentido, Lunardi Filho e Leopardi (1999) pontuam que o doente, neste contexto, é ao mesmo tempo o objeto de trabalho ou produto visto que sofre ações dos trabalhadores de saúde e que ao se beneficiar dessas ações passa a ser encarado também como consumidor.

Observa-se também que o objeto do trabalho neste campo caracteriza-se pelas necessidades humanas de saúde e os instrumentos poderiam tanto ser os equipamentos materiais que auxiliam o trabalhador como também seu próprio aparato intelectual (Gonçalves, 1992; Peduzzi & Schraiber, 2008).

Merhy (1997b), ao abordar o instrumental do trabalho em saúde, especifica que as tecnologias de cuidado em saúde são definidas como “tecnologias duras”, “leve-duras” e “leves” (pp. 5-7). Assim, as “tecnologias duras” são os equipamentos tecnológicos que se vinculam ao profissional ou à prática técnica; as tecnologias “leve-duras” caracterizam-se pelo conhecimento intelectual e científico que será utilizado pelo trabalhador no momento de cuidado com o outro e as tecnologias “leves” dizem respeito às particularidades do trabalhador, aos modos próprios de cada um para exercer suas atividades.

Entretanto, apesar das definições de objeto e instrumentos, é preciso ter em mente que esses elementos estão sujeitos à finalidade dada pelo trabalhador. Dessa forma, Merhy e Onocko (2007) pontuam que a saúde ou o cuidado com a saúde somente acontece quando ela é executada, quando o trabalhador realiza sua atividade no cotidiano, quando de fato há a produção e o consumo de serviços de saúde. A esse processo os autores deram o nome de “trabalho vivo em ato” (p. 83) e esclareceram que o “trabalho vivo em ato” só ocorre efetivamente mediante o “autogoverno” (p.76), ou seja, pela autonomia do profissional da saúde em decidir o que fazer e como fazer e isso acaba gerando dificuldades de análise dos processos de trabalho em saúde, visto que é esperado uma grande quantidade de autogovernos envolvidos no processo.

Partindo dessas reflexões, no processo de trabalho em saúde, o trabalhador tem um papel de vital importância, visto que sua história, suas habilidades, sua capacidade inventiva atuam na base da organização do processo e auxiliam na composição dos saberes

tecnológicos. A partir da capacidade de autogoverno o trabalhador tem a possibilidade de promover mudanças nos processos de trabalho (Merhy & Onocko, 2007).

Nessa mesma direção, Peduzzi (2003) ao analisar às mudanças no processo de trabalho em saúde observa que:

Dadas às características de setor terciário e as peculiaridades do objeto de trabalho em saúde – as necessidades, sentidas e trazidas aos serviços pelos sujeitos/usuários e apreendidas e interpretadas tecnicamente pelos sujeitos/agentes do trabalho – o trabalho em saúde configura-se como trabalho reflexivo, destinado à prevenção, manutenção ou restauração de algo (saúde) imprescindível ao conjunto da sociedade (Peduzzi, 2003, p. 83).

A autora observa ainda que muitas características citadas no que se refere ao mundo do trabalho contemporâneo também fazem parte do trabalho em saúde, especialmente no que se refere à tendência de intelectualização do trabalho, pelo modo reflexivo do trabalho no setor de saúde e também pela forma de gerência nos moldes tayloristas e fordistas que foram trazidos da produção industrial e incorporados ao trabalho em saúde, mesmo diante da dificuldade em se definir critérios econômicos de produção muito rígidos (Peduzzi, 2003).

No contexto brasileiro, embora predomine a gerência nos moldes tayloristas e fordistas, Peduzzi (2003) aponta que é possível observar influências do gerenciamento flexível participativo nos serviços de saúde, assim como a implantação de projetos de controle de qualidade em saúde.

Essas novas formas organizacionais/gerenciais, junto à promoção de garantia de qualidade dos serviços, acrescidas da necessidade e cobrança de maior produtividade, da crescente incorporação de tecnologia, da constante inovação tecnológica e da complexidade do objeto de trabalho que requer simultaneamente o aprofundamento vertical do conhecimento especializado e a sua integração, vêm acarretando mudanças no processo de trabalho em saúde. Tais alterações que repercutem na prática cotidiana dos profissionais, colocando-os em situações que requerem articular as intervenções e atividades realizadas pelo profissional com ações dos demais agentes da equipe, destacando o caráter multiprofissional da prática; redimensionar a autonomia profissional, ou seja, o alcance da liberdade de decisão e conduta de cada agente, autonomia esta que se encontra fortemente

tensionada pela necessidade de recomposição dos inúmeros trabalhos parcelares e de comunicação entre os agentes especializados; articular conhecimentos oriundos de várias disciplinas ou ciências, destacando o caráter interdisciplinar da prática; e maior qualificação profissional, tanto na dimensão técnica especializada, quanto na dimensão ético-política, comunicacional e inter-relacional (Peduzzi, 2003, p. 84).

1.2. A saúde no Brasil

A intervenção estatal no setor da saúde é marcante a partir do período republicano e, devido a interesses específicos, no Brasil, é na dimensão individual da saúde que a relação Estado/saúde vai mostrar mais claramente sua especificidade (Elias, 2004).

Este tema é esclarecido por Pires (1996), ao afirmar que na década de 1920 começam a surgir as primeiras políticas públicas voltadas para a saúde. Devido ao momento de industrialização vivida no país, essas primeiras políticas tinham caráter coletivo e visavam o saneamento dos portos e do espaço urbano, objetivando a integração do país no mercado comercial mundial e a obtenção de mão-de-obra qualificada.

O marco da intervenção estatal na saúde no Brasil foi a Lei Elói Chaves⁵ de 1923 (a base da previdência social brasileira) que surgiu como uma resposta parcial às reivindicações do movimento operário no início do século e que regulamentava os marcos para aposentadorias, assistência médica, pensões e estava intimamente relacionada ao que se passava na Europa desde o século anterior (Elias, 2004).

É de suma importância destacar que essa política pública está fortemente vinculada ao mundo do trabalho e, portanto, submetida à lógica setorial corporativa. Contudo, essa política abrangia apenas a parte dos trabalhadores que estavam vinculados aos polos mais dinâmicos da economia da época, como os ferroviários e os portuários. Portanto, diante deste contexto, a assistência médica surge mercantilizada no Brasil sob a forma de seguro, na qual para o trabalhador ter acesso aos serviços de saúde, ele deveria realizar o pagamento sob a forma de desconto compulsório do salário. Além disso, essa política era configurada de forma segmentada e excludente, visto que privilegiava somente a população urbana (apenas a classe trabalhadora e vinculada à economia da época) em um contexto de grande maioria rural (Elias, 2004).

⁵ Lei 4.682 de 24 de Janeiro de 1923.

No início de século XX a estrutura institucional de saúde é caracterizada por políticas públicas coletivas, relacionadas diretamente à estrutura previdenciária e à assistência clínica individual e curativa, já existentes desde o período colonial (Pires, 1996).

Somente em 1953 é criado o Ministério da Saúde voltado especialmente para ações coletivas de cunho preventivo. Neste contexto, a assistência curativa era prestada por médicos particulares, por hospitais militares, por instituições de caráter religioso ou pela previdência. É importante ressaltar que na estrutura previdenciária, a assistência médica não possuía uma posição privilegiada e, portanto, havia significativas flutuações nos valores orçamentários voltados para a saúde e, somente a partir da década de 1950, a previdência passou a ser a principal financiadora da assistência à saúde no país (Pires, 1996).

Ainda na mesma década, devido à significativa influência da política do *welfare state keynesiano*, após a Segunda Guerra, é visível o grande aumento de serviços públicos voltados para a saúde no Brasil e no mundo. Este cenário acaba sendo propício ao aumento significativo de hospitais e ampliação dos serviços públicos de saúde com a unificação da previdência em 1966 (Pires, 1996).

Nos estudos de Cohn (1980) a expressão da mercantilização da saúde atinge seu ápice com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), após o golpe militar de 1964; a criação de políticas voltadas para o setor privado da saúde torna-se uma poderosa ferramenta para o aumento da dinâmica de acumulação do setor, em prol dos interesses de produtores privados. É neste contexto que ocorre a consolidação da privatização precoce do sistema de saúde brasileiro estruturado em moldes privados e lucrativos.

A estruturação de serviços de saúde é resultado tanto da luta dos trabalhadores pelos direitos de cidadania como da necessidade vigente de força de trabalho em condições de integrar o processo produtivo. No entanto, mesmo com a ampliação dos serviços públicos de saúde, a realidade ainda era caracterizada pela desigualdade no acesso aos serviços, visto que a grande maioria dos hospitais eram privados e viviam às custas dos subsídios públicos, especialmente da Previdência Social (Pires, 1996).

Neste contexto, é possível perceber que do usuário do serviço de saúde é retirado o *status* de cidadão para ser transformado em consumidor, visto que a saúde é encarada como mercadoria que se articula segundo as leis de mercado e não como um direito de todos.

A partir da década de 1970 o modelo de assistência em saúde começa a declinar. Diante da crise econômica e política, o país vive o aumento dos índices de pobreza ao mesmo tempo em que os trabalhadores novamente reivindicam benefícios em prol da sociedade. Em 1977 há uma grande reestruturação na previdência, culminando na criação do Sistema

Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) e do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) voltado para a assistência médica. Na década de 1980 surgem outras formas de organização da assistência em saúde (PREV-SAÚDE, Ações Integradas de Saúde – AIS, Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, entre outros) financiados pela Organização Mundial de Saúde visando o mínimo de atendimento à saúde das populações pobres dos países de terceiro mundo (Pires, 1996).

A crise do sistema público de saúde nos anos 1970 e 1980 pode ser compreendida a partir de vários elementos, especialmente aqueles relacionados ao modelo médico-assistencialista privatista, implantado pela Previdência Social nos anos 1960. Este modelo de assistência era caracterizado, especificamente, por tratamentos medicamentosos, na concepção do processo saúde-doença de maneira biologista, voltado para ações curativas e individuais. Nesta concepção, o corpo era transformado em um objeto divisível, segmentado em partes cada vez menores e passíveis de intervenções cada vez mais especializadas (Bernardes, 2005).

À esse respeito, Camargo Junior (2005), esclarece que a doutrina médica traz implicitamente a ideia de que as doenças têm existência autônoma, justificáveis devido à lesões resultantes de uma causa ou de múltiplas causas e a terapêutica é hierarquizada segundo sua capacidade de atingir as causas últimas das doenças. Dentro desta concepção, a própria definição de saúde é assumida como a ausência de doenças.

Observa-se que para a Medicina, o corpo humano é dividido em sistemas, agrupados segundo as propriedades isoladas por cada uma das disciplinas médicas. Neste contexto há uma clara divisão entre o normal e o patológico que acaba por refletir diretamente no saber médico, visto que há a formação de pares de disciplinas homólogas divididas pelos domínios do que seria normal e o que seria patológico (Camargo Junior, 2005).

Neste sentido, o contexto médico era caracterizado por intervenções de natureza especializada e pormenorizada e, para que funcionassem era necessária a utilização de procedimentos de alta tecnologia, o que acabava por encarecer demasiadamente os serviços de saúde e, portanto, não solucionava os problemas de saúde da população. Diante desse quadro, a assistência em saúde era de baixa cobertura e de pouco impacto, visto que a grande maioria da população não podia pagar por ela, culminando assim em problemas de caráter técnico, social, político e econômico (Bernardes, 2005).

É importante ressaltar que os anos de 1970 e 1980 foi um período muito marcante para o Brasil, visto que se observava um crescente aumento da pobreza, da má distribuição de renda, do desemprego, do arrocho salarial. Na saúde, a crise além de financeira, contava

também com o reaparecimento de enfermidades consideradas controladas, pelo surgimento de novas epidemias, pela deterioração das condições de vida, pela destruição progressista dos recursos naturais. Este cenário brasileiro era muito semelhante ao de outros países em desenvolvimento, principalmente os da América Latina (Ministério da Previdência e Assistência Social, 1982).

Diante deste contexto, os serviços de saúde eram caracterizados pelo seu baixo índice de qualidade de atendimento, de produtividade e de resolução dos problemas da população o que acabava culminando na compra de serviços privados, o desperdício de recursos e à imprevisibilidade de gastos (Ministério da Previdência e Assistência Social, 1982).

Mediante este cenário e com o intuito de dar uma resposta ao aprofundamento da desigualdade social no Brasil, começa a surgir um debate político, movido pelo sentimento oposicionista da população brasileira, criando a possibilidade de entrada de novos atores no cenário político (Mendes, 1994).

Ante ao exposto, surgem os primeiros passos para a reformulação do modelo de assistência, objetivando um sistema nacional de saúde que garanta universalidade de acesso e integralidade da assistência (Bernardes, 2005).

O processo de redemocratização no país é evidenciado a partir de uma ampla organização popular, que produziu um aumento considerável de demandas sobre o Estado, uma forte exigência pela universalidade de acesso da saúde e pelo seu reconhecimento como um direito universal e dever do Estado. Este cenário de lutas denominado como Movimento da Reforma Sanitária, reuniu inúmeros atores em uma luta política pelo reconhecimento da saúde como direito social (Ministério da Saúde, 2002).

De acordo com Bernardes (2005), o Movimento da Reforma Sanitária apresentou inúmeras denúncias contra os interesses econômicos envolvidos no regime da ditadura e também propôs uma série de iniciativas para a estruturação do sistema de saúde com o objetivo de organizar o setor público, segundo os princípios de hierarquização, regionalização e universalidade das práticas de saúde.

O Movimento da Reforma Sanitária acabou se destacando no cenário brasileiro devido ao intenso trabalho político que culminou na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) de 1986, sendo este um dos mais significativos eventos ocorrido no contexto das políticas de saúde brasileiras, especialmente por seu caráter democrático e pela dinâmica processual, pois iniciou-se com pré-conferências desde o âmbito municipal, estadual até o nacional (Mendes, 2001).

No entanto, ao voltarmos o olhar para a história, foi necessário um longo percurso, marcado por lutas e embates políticos e sociais até a conquista da reforma do sistema de saúde do país.

1.2.1. Aspectos históricos

Muitas das conquistas realizadas na reforma do sistema de saúde do país foi resultado do envolvimento de vários setores sociais, que garantiram a legitimidade do Sistema Único de Saúde (SUS) desde sua criação. A participação de milhares de pessoas nas conferências de saúde, especialmente às realizadas nas últimas décadas, foram fundamentais para a identificação de prioridades e o estabelecimento de diretrizes para o sistema de saúde do país. Entretanto, um olhar retrospectivo na história das conferências de saúde irá mostrar que nem sempre as coisas foram assim (Brasil, 2009).

As conferências nacionais de saúde foram instituídas em 1937, no governo de Getúlio Vargas, juntamente com as conferências de educação⁶, como mecanismos do governo federal com o intuito de conhecer e articular as ações desenvolvidas pelos estados nessas duas áreas. De acordo com Pinheiro, Westphal e Akerman (2005), as conferências eram espaços que contavam com a participação de autoridades do Ministério da Educação e Saúde e autoridades setoriais dos estados. A previsão inicial era de que fossem realizadas a cada dois anos, contudo somente em 1941 foram efetivamente convocadas. Desde então foram realizadas 14 conferências nacionais de saúde com previsão de que a 15ª seja realizada em novembro de 2015, como mostra o quadro a seguir:

Conferência	Data	Ministro da Saúde	Presidente da República
I	jun/1941	Gustavo Capanema	Getúlio Vargas
II	dez/1950	Pedro Calmon M. de Bittencourt	Eurico Gaspar Dutra
III	jun/1963	Wilson Fadul	João Belchior Goulart
IV	ago;set/1967	Leonel Tavares Miranda de Albuquerque	Arthur da Costa e Silva
V	ago/1975	Paulo de Almeida Machado	Ernesto Geisel

⁶ Nesse período, os setores de saúde e educação eram de responsabilidade de um mesmo, o Ministério de Educação e Saúde (MES).

VI	ago/1977	Paulo de Almeida Machado	Ernesto Geisel
VII	mar/1980	Waldyr Mendes Arcoverde	João Batista Figueiredo
VIII	mar/1986	Roberto Figueira Santos	José Sarney
IX	ago/1992	Adib Domingos Jatene	Fernando Collor de Mello
X	set/1996	Adib Domingos Jatene	Fernando Henrique Cardoso
XI	dez/2000	José Serra	Fernando Henrique Cardoso
XII	dez/2003	Humberto Sérgio Costa Lima	Luís Inácio Lula da Silva
XIII	nov/2007	José Gomes Temporão	Luís Inácio Lula da Silva
XIV	nov;dez/2011	Alexandre Rocha Santos Padilha	Dilma Rousseff
XV	Prevista para nov/2015	Marcelo Castro	Dilma Rousseff

Quadro 1: Conferências nacionais de saúde, ministros e presidentes da República.

A I Conferência Nacional de Saúde realizada em novembro de 1941 estabelecia em seu decreto de convocação que seus principais objetivos seriam:

Ocupar-se dos diferentes problemas da saúde e da assistência, mas de modo especial dos seguintes: a) Organização sanitária estadual e municipal; b) ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose; c) determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento e d) plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência. Um temário nitidamente relativo à gestão e administração dos serviços de saúde, no âmbito de um Estado que se constituía (Ministério da Educação e Saúde, p. 7, 1941).

As conferências seguintes refletiram também os momentos históricos do país, e, apesar da determinação legal de convocação a cada dois anos, a II Conferência Nacional de Saúde realizou-se somente nove anos depois, em 1950. Sob a administração do ministro Pedro Calmon, a conferência objetivava analisar os pontos de vista dominantes entre os

sanitaristas para construir uma compreensão sobre os problemas sanitários compartilhados entre os gestores estaduais e os do nível federal. Nesse sentido, a conferência de 1950 tratou temas como malária, segurança do trabalho, condições de prestação de assistência médica sanitária e preventiva para trabalhadores e gestantes⁷. (Brasil, 2009).

Destaca-se que a década de 1950 foi marcada por muitas mudanças institucionais, entre elas a criação do Ministério da Saúde, iniciativa que visava mais a separação dos setores Educação e Saúde do que a resolução dos problemas de saúde do país. A organização de um sistema nacional de saúde iniciou-se com a definição das Normas Gerais sobre Defesa e Proteção da Saúde, com a aprovação da lei 2.312 de 03/09/1954 que constituiu um dos principais pontos para a Política Sanitária da época (Brasil, 2009).

A III Conferência Nacional de Saúde foi convocada pelo presidente João Goulart em 1963, ou seja, treze anos após a realização da II conferência. Assim como a conferência anterior, a III conferência também visava um novo objetivo, direcionado à análise da situação sanitária, à reorganização do sistema de saúde e a proposição de um plano nacional de saúde. Embora o golpe militar tenha impossibilitado as medidas propostas pela III conferência, suas deliberações acabaram sendo um impulso para os debates realizados pelos movimentos sociais a partir da década de 1970 (Brasil, 2009).

Em 1967 foi realizada a IV conferência, e, assim como as outras três subsequentes, foi realizada durante o regime militar. Com caráter de espaço de debate técnico, contou com a participação dos especialistas nos temas debatidos e de autoridades do Ministério da Saúde, da Previdência Social e Assistência Social (MPAS) e também com os representantes dos estados e territórios. O tema discutido na conferência foi Recursos Humanos para as atividades de saúde, enfatizando a identificação das necessidades de formação de recursos humanos e as responsabilidades do Ministério da Saúde e das instituições de ensino superior para capacitação profissional e no desenvolvimento de políticas de saúde. Além disso, essa conferência contou com a participação de um painel internacional sobre a política e realizações da Organização Pan Americana de Saúde (Opas) (Brasil, 2009).

A V conferência foi realizada em 1975 durante o governo de Ernesto Geisel e contou com a participação de autoridades e técnicos setoriais e também com representantes do Conselho de Desenvolvimento Social (composto por representantes de todos os ministérios da área social que existiam). Essa conferência trouxe para discussão cinco temas, sendo eles, a

⁷ Não há relatório conhecido da II Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 2009).

implantação da lei 6.229/75 que criava o Sistema Nacional de Saúde e o debate sobre as estratégias para implantação dos programas: Saúde Materno-Infantil; Controle de Grandes Endemias; Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais e o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. Destaca-se que a grande contribuição da V conferência foram as propostas para a organização do Sistema Nacional de Saúde (Brasil, 2009).

Dois anos depois foi realizada a VI conferência com o tema direcionado para análise de estratégias para implantação de programas do governo. Os programas debatidos foram o controle das grandes endemias e a situação em que estava na época; a operacionalização de novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal em termos de saúde e o Programa Interiorização das Ações e dos Serviços de Saúde (PIASS). Nessa conferência novamente foi debatido a necessidade da Política Nacional de Saúde, com ênfase na participação da população para sua legitimação, caracterizando, nesse período, o surgimento de algumas demandas sociais relacionadas à democratização dos processos decisórios (Brasil, 1977).

Em 1980, foi realizada a VII Conferência Nacional de Saúde com o tema: A extensão das ações de saúde através dos serviços básicos, e, embora tenham sido discutidos temas como a articulação inter-setorial, recursos humanos, financiamento, participação comunitária, entre outros, o eixo principal da conferência foi a formulação de um Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde) que visava a reestruturação dos serviços de saúde à população e a criação de uma rede básica de saúde com cobertura universal (Brasil, 1980).

Destaca-se que a VII Conferência, última realizada durante a ditadura militar, já apontava para as necessidades de mudanças tanto no sistema de saúde quanto na própria Conferência Nacional de Saúde; mudanças que só efetivaram-se após o início da redemocratização do país. O sistema de saúde centralizado, fragmentado institucionalmente, verticalizado e excludente que havia se consolidado no país durante as décadas anteriores não mais atendia as reivindicações dos diversos setores da sociedade (Brasil, 2009).

A VIII Conferência Nacional de Saúde ocorreu em 1986 já no período da Nova República e marcou o momento em que as mudanças tornaram-se mais claras ao ampliar os atores envolvidos e destacar em seu relatório as diretrizes para a reorganização do sistema de saúde. Os temas debatidos nessa conferência foram: Saúde como direito; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento do Setor (Brasil, 1986).

Um amplo processo de mobilização social que articulou representantes de diversos segmentos e estimulou a realização de pré - conferências nos estados conseguiu

reunir quatro mil pessoas em Brasília para discutir os rumos do sistema de saúde. Destaca-se que das proposições da VIII conferência, a resolução de número 13, do tema 1, apresenta característica mais militante:

Ampla mobilização popular para garantir [...] que se inscrevam na futura Constituição: A caracterização da saúde de cada indivíduo como de interesse coletivo, como dever do Estado, a ser contemplado de forma prioritária por parte das políticas sociais; a garantia da extensão do direito à saúde e do acesso igualitário às ações de serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde; a caracterização dos serviços de saúde como públicos e essenciais (Brasil, pp. 8-9, 1986).

Essa resolução apresentava os objetivos políticos da conferência relacionados à Constituinte, que foram colocados na Constituição com um sentido mais abrangente:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. São de relevância pública as ações e serviços de saúde (Brasil, p. 17, 2009).

Como resultado dos debates da VIII Conferência criou-se o relatório com as diretrizes para a reorganização do sistema de saúde que estabelecia que a mesma deveria “resultar na criação de um Sistema Único de Saúde que efetivamente represente a construção de um novo arcabouço institucional, separando totalmente saúde de previdência, através de uma ampla Reforma Sanitária” (Brasil, p. 17, 2009).

Pimenta (1993) destaca que a VIII conferência resultou na legitimação dos princípios do Movimento da Reforma Sanitária e apontou para a garantia da saúde como um direito de cidadania. Além disso, organizou os serviços propondo descentralização da gestão, integralidade das ações, regionalização e hierarquização, envolvimento da comunidade e fortalecimento do município. No que tange ao financiamento propôs a criação dos Fundos Únicos de Saúde geridos com a participação da comunidade, sendo que o Estado seria responsável por financiar integralmente o setor e, portanto, os recursos da Previdência deveriam ser destinados exclusivamente para o seguro social dos trabalhadores.

Neste contexto histórico e social de redefinição, devido ao fim da ditadura militar e redemocratização da relação Estado/sociedade, que o termo seguridade social é contemplado na Constituição Federal, sendo este um poderoso marco para as políticas públicas em saúde (Elias, 2004).

1.2.2. O Sistema Único de Saúde

De acordo com Bahia e Viana (2002), diante dessas mudanças, a saúde passa a ser consagrada como um direito do cidadão, com acesso pleno ao sistema de saúde independente da renda e um dever do Estado, configurando assim uma radical transformação nas políticas públicas, especificamente por exigir o fim da mercantilização da saúde. Em contrapartida surgem inúmeros conflitos e tensões devido à esse confronto com a realidade mercantilista da saúde e que, no momento, era a expressão de uma tendência mundial em contínuo crescimento, consolidando o setor da saúde como fonte para acumulação de capital.

Deste processo de intensa luta social o Sistema Único de Saúde (SUS) emerge como proposta de organização dos serviços de saúde, buscando posicionar o Estado como responsável pela assistência em saúde, oferecendo espaço para a população ter participação e controle sobre os serviços, além de superar a multiplicidade de instituições responsáveis pelas ações de saúde, racionalizar os custos do setor e melhorar a qualidade da assistência (Pires, 1996).

É importante esclarecer que para garantir a saúde como um direito, a Constituição de 1988 incorporou o SUS como uma formulação política e de organização dos serviços e ações de saúde e para sua efetiva regulamentação aprovou as Leis Orgânicas de Saúde (LOS) – 8.080 e 8.142, que após sancionadas em 1990 tornaram-se o apoio da organização do Sistema Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 1990).

No que diz respeito às Leis, a Lei 8.080/90 dispõe sobre as condições para promoção, recuperação da saúde e proteção, além de regular as ações e o funcionamento dos serviços de saúde no país (Ministério da Saúde, 1991).

Com base nessa lei, a saúde é um direito fundamental e o Estado deve prover todas as condições necessárias para o pleno exercício deste direito, por meio de políticas econômicas e sociais que assegurem seu acesso universal e igualitário (Ministério da Saúde, 1999).

A Lei 8.142/90 diz respeito à participação da comunidade na gestão do SUS, garantindo um importante espaço público de controle social, mediante a participação da

comunidade nos Conselhos e Conferências de Saúde. Nestes espaços, a comunidade tem o direito de participar das ações relativas à elaboração, ao controle e à fiscalização das políticas de saúde (Ministério da Saúde, 1991).

Diante do exposto, é necessária uma explicação pormenorizada do que seja o SUS e quais são os princípios doutrinários que o norteiam.

Segundo dados do Ministério da Saúde (1990), o primeiro princípio é a Universalidade; é a garantia de atenção à saúde a todo e qualquer cidadão. Com esse princípio, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde. Saúde é direito de cidadania e dever do Governo tanto ao nível municipal, como estadual e federal.

Equidade: todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos. É a garantia de ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras.

Integralidade: é o reconhecimento de que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; as ações de promoção, proteção e recuperação de saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas; é a garantia de uma assistência que seja verdadeiramente integral.

No que se refere aos princípios que regem a organização do SUS, o Ministério da Saúde (1990) pontua:

Regionalização: organização dos serviços em níveis de complexidade tecnológica crescente, numa área geográfica delimitada e com população a ser atendida definida. É a exigência de que os serviços ofereçam a uma determinada população todas as modalidades de assistência e o acesso aos diversos tipos de tecnologias disponíveis, possibilitando um crescente grau de resolutividade.

Hierarquização: o acesso da população aos serviços de saúde deve se dar por meio dos serviços de nível primário de atenção que devem estar preparados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Os demais deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica.

A rede de serviços organizada de maneira hierarquizada e regionalizada favorece um maior conhecimento dos problemas de saúde da população da área delimitada, possibilitando, assim, ações de vigilância epidemiológica, controle de vetores, educação em saúde, vigilância sanitária e ações de atenção ambulatorial e hospitalar.

Resolubilidade: exige que no momento em que uma pessoa procurar atendimento ou quando acontecer um problema que cause um impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente à essa demanda deverá estar capacitado para resolvê-lo até o nível de sua competência.

Descentralização: é a redistribuição das responsabilidades que dizem respeito às ações e serviços de saúde entre os vários níveis do governo, partindo do princípio que quanto mais perto do fato a decisão for tomada maiores serão as chances de acerto. Nesse sentido, o que é abrangência de um município deve ser de responsabilidade do governo municipal, o que abrange um estado ou uma região deve ser de responsabilidade do governo estadual e o que for de abrangência nacional será de responsabilidade federal.

Participação dos cidadãos: é a garantia constitucional de que a população participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução, tanto ao nível local quanto federal (Ministério da Saúde, 1990).

É importante ressaltar que essas mudanças foram significativas mais para o reconhecimento legal da saúde como um direito universal do que para efetivas mudanças no que diz respeito à prática assistencial. Não há um avanço verdadeiro na universalização do acesso à saúde e o consumo dos serviços de saúde mantém-se dentro da lógica de mercado que comercializa as doenças e reafirma a desigualdade de acesso (Pires, 1996).

Segundo Alves e Silva (2011), mesmo considerando o SUS como um avanço das políticas públicas desse setor, vivemos uma realidade política pautada nos moldes do neoliberalismo, no qual o Estado atua como regulador do mercado, ocasionando assim demandas em vários setores como a educação, a segurança pública e a saúde. Como complementa Paim (2006), nesta proposta neoliberal, o Estado utiliza como estratégia encolher-se, ao máximo, deixando a cargo das mãos privadas, filantrópicas ou voluntárias funções públicas essenciais.

Soares (2001) caracteriza claramente a proposta de Estado neoliberal:

(...) os postulados neoliberais na área social são, basicamente os seguintes: o bem-estar social pertence ao âmbito do privado (suas fontes naturais são a família, a comunidade e os serviços privados). Dessa forma, o Estado só deve intervir quando surge a necessidade de aliviar a pobreza absoluta e de produzir os serviços que o setor privado não pode ou não quer fazê-lo. Propondo, portanto um Estado de beneficência pública ou assistencialista, no lugar de um Estado de Bem-Estar Social. Os direitos sociais e a obrigação da sociedade de garanti-los por meio da

ação estatal, bem como a universalidade, igualdade e gratuidade dos serviços sociais são abolidos no ideário neoliberal (p. 59).

Diante disso, Nogueira e Pires (2004) esclarecem que ao analisarmos o direito à saúde a partir de uma visão histórica e social, é imprescindível pontuar que não se pode mais entender essa questão a partir de ideais humanitários, de moralidade ética, de necessidade básica ou de justiça social, visto que o direito à saúde está fortemente atrelado ao processo de acumulação do capital e subordinado aos mecanismos de mediação próprios do sistema capitalista.

Refletir sobre essas questões é um processo complexo e que suscita intermináveis questionamentos. Acredito que mesmo diante do modelo de assistência à saúde proposto pelo SUS, com princípios claramente definidos como o modelo preventivo, a descentralização das políticas de saúde e a participação da população e, mesmo já tendo decorrido mais de 20 anos de sua criação, ainda não desfrutamos de uma realidade em que a saúde pública é realmente universalizada, verdadeiramente efetiva e de qualidade, visto que é, frequentemente noticiado pelos meios de comunicação, a grave crise desse setor, apontando as péssimas condições de infraestrutura, falta de materiais, demora nos atendimentos, falta de profissionais, dentre outros.

É importante refletirmos que a constituição da saúde como um direito universal é um processo ainda em formação e que precisará contar com providências de várias ordens, especialmente ações que visem sua desmercantilização, objetivando incentivar formas não lucrativas na produção desse serviço e modalidades de gestão na relação público e privado capazes de promover a eficácia social do sistema de saúde (Elias, 2004).

1.3. A saúde mental no Brasil

É notável que diferentes autores abordam em suas obras as condições que permitiram a constituição de um saber sobre a saúde mental, entre eles destaca-se Michel Foucault, com a História da Loucura na Idade Clássica, que apresenta um estudo minucioso sobre o nascimento da psiquiatria e das práticas de intervenção sobre a loucura. Apoiaremos nesse autor para o exercício de reconstituição desse percurso.

Como observa Foucault (2012), a representação da loucura na Idade Clássica caracterizava-se como uma existência nômade, através da Nau dos Loucos:

(...) esses barcos que levavam sua carga insana de uma cidade para outra. Os loucos tinham então uma existência facilmente errante. As cidades escorraçavam-nos de seus muros; deixava-se que corressem pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores e peregrinos (p. 9).

Assim, destaca-se que nesse período, o que sobressai é a vontade de livrar-se dessas pessoas, deixar as cidades limpas e livres dos incômodos que a presença deles causaria:

Esse costume era frequente em vários locais, especialmente na Alemanha: em Nuremberg, durante a primeira metade do século XV registrou-se a presença de 62 loucos, 31 dos quais foram escorraçados. Nos cinquenta anos que se seguiram têm-se vestígios ainda de 21 partidas obrigatórias tratando-se aqui apenas dos loucos detidos pelas autoridades municipais. Eram frequentemente confiados a barqueiros (...). Frequentemente as cidades da Europa viam essas naus de loucos atracar em seus portos (Foucault, 2012, p. 9).

Um pouco depois, de acordo com Foucault (2012) ocorre o período da Grande Internação. O autor pontua que antes da apropriação da loucura pelo saber médico, os loucos estavam destinados a perambular pelas ruas das cidades livremente, e quando, de alguma maneira, perturbavam a ordem pública acabavam sendo recolhidos em hospitais ou cadeias públicas. Nesse sentido, não eram mais escorraçados das cidades, mas aprisionados e isolados em locais com essa finalidade – caracterizando assim a Grande Internação.

Segundo Amarante (2010), na época clássica, o enclausuramento não possuía uma conotação de tratamento médico. O olhar sobre a loucura não é ainda diferenciado das outras categorias marginais, no entanto, o que caracteriza a exclusão do louco é a desrazão.

Nas palavras de Foucault (2012, p. 47):

A Não-Razão do século XVI constituía uma espécie de ameaça aberta cujos perigos podiam sempre, pelo menos de direito, comprometer as relações da subjetividade e da verdade. (...) a loucura foi colocada fora do domínio no qual o sujeito detém seus direitos à verdade: domínio este que, para o pensamento clássico, é a própria razão. Doravante a loucura será exilada. (...) Em seu funcionamento e em seus propósitos, o Hospital Geral não se assemelha a nenhuma ideia médica.

Castel (1978) pontua que neste contexto surge o chamado Hospital Geral. O autor observa que este dispositivo não era propriamente um estabelecimento médico, mas uma estrutura com características jurídicas destina a abrigar pobres, miseráveis, vagabundos e, onde os loucos também foram internados. Devido à crise vivida nesta época, com desemprego, baixos salários e moeda escassa, acabou sendo atribuído um forte conteúdo moral à loucura, vista como uma forte tendência também à vagabundagem. Nesse sentido, o Hospital Geral além de sua função de enclausuramento, era também um instrumento repressivo do Estado para higienizar a sociedade.

Percebe-se que a internação na Idade Clássica era baseada em uma lógica de proteção e guarda dos exilados (proteção da sociedade), e neste sentido, é apenas com a chegada do século XVIII que a internação passa a apresentar propriedades terapêuticas, especialmente por características próprias desse século como a dedução, percepção e conhecimento (influências do Iluminismo). Após a segunda metade do século XVIII, a desrazão começa a perder espaço e a alienação passa a ser o critério de distinção do louco frente à sociedade (Amarante, 2010).

Teixeira (1997) pontua que é diante deste cenário de exclusão que a medicina passa a se interessar pela loucura, criando assim uma esperança de modificação para este contexto.

Como esclarece Foucault (2012), o interesse da medicina pela loucura surgiu especialmente devido à situação histórica da época: o advento do capitalismo. Em decorrência disso, a sociedade buscava combater tudo aquilo que não se encaixava dentro da nova ordem social emergente e isso incluía os bêbados, libertinos, hereges, miseráveis e alienados mentais, visto que essas pessoas não tinham importância na produção de valor e portando deveriam ser excluídas ou corrigidas. Neste quadro social, o médico Philippe Pinel contextualiza o discurso inicial da psiquiatria do século XIX e defende que a loucura é um desarranjo das funções mentais associada a algum tipo de imoralidade e, portanto, deve ser entendida como uma doença que precisa de tratamento em um local específico, sendo necessário afastar o louco do convívio social.

Nessa nova configuração, o louco é caracterizado como um risco à ordem social e é a partir deste momento que inaugura-se a institucionalização da loucura pela medicina. A reponsabilidade em relação ao louco deixa de ser do Estado, da família e da administração local e passa a ser da medicina (M. B. Silva, 2005).

Com essas novas transformações no campo da loucura, estabelece-se a concepção de necessidade de cura através de um tratamento moral, como preconizado por Pinel.

Segundo Castel (1978), a proposta de Pinel postulava o isolamento como fator principal do tratamento moral, especialmente porque permitia a observação de sintomas e sua descrição: “funda-se uma ciência a partir do momento em que a população dos insanos é classificada: esses reclusos são efetivamente, doentes, pois desfilam sintomas que só resta observar” (p. 83).

Para o autor, a proposta de tratamento de Pinel não representou a possibilidade de inscrição desses sujeitos em um espaço de liberdade, mas, ao contrário, fundou a ciência que os classificava e acorrentava como objetos de saberes e práticas (Castel, 1978).

Amarante (2010) observa que com a chegada do século XIX, a psiquiatria torna-se um imperativo de ordenação dos sujeitos, e, assim como as demais ciências naturais da época apresenta características positivistas, fundamentando-se na medicina biológica e limitada à observação e descrição de distúrbios nervosos.

Galende (1983, p. 56) também descreve esse modelo:

Naturalmente ao ter tomado o modelo da medicina biológica como referência, a psiquiatria incorporou também seu modelo de causalidade, levando os psiquiatras a intermináveis debates sobre organogenesia versus psicogênese, enfermidade de origem endógena versus exogênica, inato versus adquirido.

Considera-se, portanto que Pinel ao criar uma forma de tratamento, a partir da estruturação de saberes e intervenções sobre a loucura e o hospital, representa um importante passo histórico para a medicalização do hospital e para efetivamente transformá-lo em uma instituição médica e não mais social e filantrópica.

Ao dirigirmos o olhar ao contexto brasileiro, observa-se que em meados do século XIX houve a criação de instituições para o controle da loucura, semelhantes às citadas anteriormente na Europa do século XVI, com características de repressão à desordem, à mendicância e à ociosidade, no entanto, devido às críticas à esse tipo de instituição, criou-se como uma alternativa desse modelo assistencial as Colônias de Alienados. O objetivo dessas colônias seria o resgate da razão por meio do resgate da liberdade em um ambiente exterior ao hospital. Contudo, a prática mostrou que as colônias eram na realidade a repetição do modelo de exclusão tradicional, com tratamento baseado na violência e maus tratos e com um enorme contingente de pacientes crônicos (Amarante, 2010).

Goldberg (1994) observa também que após o golpe militar de 1964 houve a chamada Psiquiatria de massa, com movimento privatista que gerou uma verdadeira indústria da loucura. Nesse sentido, o quadro geral dos hospitais psiquiátricos brasileiros era caracterizado por uma grande quantidade de pacientes amontoados em enfermarias, com as cabeças raspadas ou cabelos curtos, alguns uniformizados outros nus, e sempre demonstrando alguma necessidade, desconforto e falta de perspectiva.

Para exemplificar esse modelo de instituição, cito o Colônia, conhecido como um dos maiores hospícios do Brasil, na cidade mineira de Barbacena, Minas Gerais e que teve recentemente sua história contada pela jornalista Daniela Arbex na obra intitulada *Holocausto brasileiro*:

Pelo menos 60 mil pessoas morreram entre os muros do Colônia. Tinham sido, a maioria, enfiadas nos vagões de um trem, internadas à força. Quando elas chegaram ao Colônia, suas cabeças foram raspadas, e as roupas, arrancadas. Perderam o nome, foram rebatizadas pelos funcionários, começaram e terminaram ali. Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolista, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. (...) os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Em alguns dias os eletrochoques eram tantos e tão fortes, que a sobrecarga derrubava a rede do município (Arbex, 2013, pp. 13-14).

Infelizmente esse exemplo não era único, mas sim a realidade dos hospitais psiquiátricos no território brasileiro. E, mesmo com inúmeras denúncias das condições sub-humanas à que essas pessoas eram submetidas, a realidade foi sendo mudada muito lentamente, a partir dos anos 80, quando a Reforma Psiquiátrica ganhou força no país.

1.3.1. A equipe de trabalhadores da saúde mental

De acordo com Oliveira (2003) em meados de 1970 a assistência em saúde mental no Brasil era predominantemente realizada em grandes hospitais psiquiátricos públicos ou conveniados e a terapêutica era essencialmente médica, sendo que os demais membros da equipe eram compostos por leigos ou pessoal auxiliar.

Uma das primeiras tentativas de acrescentar outras práticas assistenciais, além da médica, é relatada no Manual de Assistência Psiquiátrica na Previdência Social que aponta

para a criação de uma equipe multiprofissional, tanto para reorganizar a assistência prestada nos hospitais psiquiátricos como para a execução de Programas de Psiquiatria Social na comunidade (Brasil, 1975). Essa mudança começou a efetivamente se concretizar após denúncias de exploração comercial dos doentes mentais em hospitais psiquiátricos também devido à estudos que apontavam para a necessidade da equipe incorporado novas categorias profissionais, como o psicólogo, o assistente social, entre outros (Cerqueira, 1984).

Sobre essa mudança, Alessi (1977) na realização de um estudo em hospital psiquiátrico público de São Paulo observou que:

Durante mais de duas décadas a equipe de saúde mental esteve composta por médico, atendente, servente e vigia. A partir de 1971 foi ampliada através do recrutamento da enfermeira, da auxiliar de enfermagem, da assistente social e sua auxiliar, da psicóloga e do auxiliar de laborterapia (Alessi, 1977, p. 342).

O autor observa ainda que a assistência essencialmente médica, complementada somente com o auxílio de leigos permaneceu até o início de 1970. Contudo, a incorporação de novos profissionais à equipe de assistência em saúde mental após esse período não significou uma modificação na relação de autoridade do médico na tomada de decisões em relação ao tratamento destinado aos internos nos hospitais. Isso significa dizer que a prática médica não reconhecia a especificidade do trabalho dos demais profissionais, mantendo uma prática onde os profissionais como enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros eram cumpridores de ordens médicas (Alessi, 1977).

O Manual de Assistência Psiquiátrica na Previdência Social inovou ao determinar que a equipe básica de assistência em saúde mental deveria ser composta por 1 psiquiatra; 1 enfermeiro; 1 assistente social e 1 psicólogo, contudo, no que se referia aos papéis atribuídos a cada profissional manteve a relação de autoridade do médico em relação aos demais profissionais, reafirmando assim a hegemonia médica no trabalho em equipe e uma relação de simples complementariedade dos demais trabalhadores em relação à ele (Brasil, 1975).

No desenvolvimento de sua pesquisa, Alessi (1977) constatou que nesse período os resultados da atuação de uma equipe multiprofissional na saúde mental (enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais) não representou uma inovação de práticas, visto que as modalidades de tratamento continuaram predominantemente médicas. Nesse sentido, a incorporação desses profissionais em hospitais psiquiátricos não repercutiu em mudanças na

organização do trabalho, mas manteve a autoridade médica e as demais modalidades profissionais como complementares e subalternas.

Outras pesquisas como a de Alessi vieram complementar seus achados, como Bernardo (1992) que avaliou o que foi preconizado na década de 1980 para o atendimento psiquiátrico e o que efetivamente foi realizado. O autor constatou que embora houvesse na época o discurso de assistência comunitária, o que realmente se manteve foi a utilização de recursos exclusivamente em internações hospitalares e que a equipe multiprofissional não visava à melhoria da assistência prestada ou ao benefício dos pacientes, mas sim o aumento da remuneração. O autor relata que encontrou “instalações de serviços psicológicos e de terapia ocupacional que servem muito mais como adorno da estrutura hospitalar do que como fatores que alteram o dinamismo do funcionamento do hospital” (Bernardo, 1992, p. 167).

Em 1990, o Ministério da Saúde estabeleceu, ao nível de discurso, a reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil (Brasil, 1994). Entre as medidas propostas estava a obrigatoriedade dos hospitais psiquiátricos trabalharem com uma equipe multiprofissional na assistência dos pacientes. Além da equipe multiprofissional, passou a ser uma exigência também a adequação dos hospitais quanto à estrutura física e a existência de programas terapêuticos. Concretamente, o resultado foi os hospitais garantirem uma remuneração mais elevada devido à contarem com uma equipe mínima de profissionais exigidos, sem levar em consideração se a incorporação desses profissionais ao hospital repercutia em uma assistência de qualidade. Daúd Jr. (2000), destaca que esses mecanismos com vistas à humanização da assistência serviram muito mais para a sofisticação do sistema de segregação na assistência hospitalar psiquiátrica, visto que mantiveram a lógica da internação/segregação, garantindo inclusive remunerações crescentes, do que para efetivamente melhor o nível da qualidade da assistência prestada.

O Grupo de Acompanhamento da Assistência Psiquiátrica Hospitalar (GAPH), instituído através da Portaria MS/SAS nº 63/1993 com objetivo de supervisionar os serviços assistenciais constatou em seu relatório de avaliação de 22 hospitais brasileiros que 80% desses hospitais contavam com os recursos humanos necessários (equipe multiprofissional com médico psiquiatra; enfermeiro; médico clínico; assistente social; psicólogo; terapeuta ocupacional; nutricionista; farmacêutico e auxiliares de enfermagem), porém, em nenhum desses serviços avaliados foi encontrada a presença de um “prontuário único” que é “aquele que contém registros completos e regulares dos integrantes da equipe multiprofissional, em ficha ou folha de evolução única, acerca do diagnóstico, prescrições, evoluções, atividades desenvolvidas e alta dos pacientes” (Brasil, 1993a, p. 9). Somente em 27,3% desses hospitais

eram realizadas reuniões semanais das equipes enquanto que em 36,4% não existia nem mesmo a programação de reuniões clínicas. Já no que diz respeito ao projeto terapêutico, instrumento que deve ser criado pela equipe multiprofissional com os objetivos e ações a serem realizadas para recuperação do paciente, desde sua entrada no hospital até sua alta, constatou-se que 95,5% dos hospitais não o possuíam (Brasil, 1993a).

A partir desse relatório foi possível constatar que a grande maioria dos hospitais atendia ao requisito legal de contar com uma equipe multiprofissional para a assistência dos pacientes, entretanto a realização de um trabalho em equipe não se efetivava na maioria deles. Diante disso, a presença de uma equipe multiprofissional nesse período foi vista como necessária em função de uma racionalização do sistema, mas que não modificou o processo de trabalho, tanto do que diz respeito à reclusão e segregação dos doentes mentais como na subalternidade dos outros profissionais ao ato médico (Brasil, 1993a).

Oliveira (2003) destaca que o trabalho em equipe irá variar de acordo com os fundamentos teóricos que o sustentem. Nesse sentido, se o trabalho em equipe (no contexto da assistência à saúde) implícita ou explicitamente for sustentado por uma perspectiva positivista e hegemônica, teremos um aglomerado de trabalhadores subordinados ao trabalho médico. Nesse caso vemos a compartimentalização dos pacientes, pois o processo de trabalho reproduz os saberes hegemônicos e recorta o paciente em diferentes abordagens muitas vezes contraditórias.

Diante desses apontamentos, no contexto da assistência em saúde, a equipe multiprofissional pode resumir-se em uma junção de diferentes profissionais, com objetos e finalidades de trabalho diferentes e muitas vezes contraditórias e sem uma identidade quanto ao trabalho efetivamente executado, visto que há a necessidade de definir papéis de cada profissional que consequentemente cria limites na prática de cada um (Oliveira, 2003).

Oliveira e Silva (2000) ressaltam que quando colocamos em foco a interdisciplinaridade na assistência em saúde, especialmente na assistência em saúde mental, é de suma importância uma diversidade de abordagens que dê conta de algo tão complexo, contudo, um aglomerado de técnicos com diferentes formações numa equipe multiprofissional não resulta numa assistência de melhor qualidade. Para a efetiva consolidação de uma equipe interdisciplinar é necessário ir além da presença de diferentes profissionais, além de um conjunto de competências, buscando a interlocução com o sujeito-usuário, a família e a sociedade.

Saraceno, Asioli e Tognoni (1994) ao estudarem a atuação de equipes de trabalho em saúde mental afirmaram que tanto a organização quanto o estilo do trabalho em equipe são

determinantes para o desenvolvimento da eficácia terapêutica. Portanto, para que não se tornem um obstáculo, as práticas de reabilitação psicossocial devem se manter integradas, tanto interna quanto externamente. A integração interna irá garantir que a equipe tenha uma concepção comum sobre o objeto e que a finalidade dado ao trabalho componha um projeto terapêutico único para cada usuário e que este seja realizado por todos os integrantes da equipe de trabalho, contando com a participação inclusive do usuário. Já a integração externa diz respeito à integração com outros serviços e pessoas da comunidade, garantindo os vínculos sociais com a equipe, instituição e usuário. Dessa maneira, em um processo participativo, não hierarquizado se constrói a possibilidade de reabilitação psicossocial.

A análise do processo de trabalho da equipe de saúde mental tem como baliza teórica o movimento da Reforma Psiquiátrica, que será explicitado em seguida.

1.3.2. A Reforma Psiquiátrica

Voltando um pouco na história podemos pontuar que é após a 2ª Guerra Mundial, que muitas críticas aos hospitais psiquiátricos na Europa são apontadas. Tais instituições começam a ser comparadas aos campos de concentração, vistos como locais de violência e abandono, se distanciando cada vez mais das suas funções de tratamento, mesmo que seja o tratamento moral.

Athayde e Hennington (2012) observam que no pós – guerra, em virtude da reconstrução dos países da Europa, os hospícios revelaram-se como fonte de sofrimento e a receber críticas dos próprios trabalhadores de saúde devido às suas práticas violentas e excludentes. Diante da busca de uma nova realidade, emerge neste contexto do pós - guerra a possibilidade de reformulação democrática e bem-estar social.

Neste sentido, começam a se estruturar os movimentos de crítica ao tratamento e aos modos de se trabalhar com a doença mental. Inicia-se assim, o Movimento Institucional na França, as Comunidades Terapêuticas na Inglaterra, a Antipsiquiatria e a Desospitalização nos Estados Unidos e, em particular, a Desinstitucionalização italiana, que propôs a extinção do hospital psiquiátrico, postulando que qualquer estabelecimento que siga seu modelo é incompatível com uma política de respeito aos direitos humanos (Desviat, 1999).

Como esclarece Basaglia (1968), principal figura da experiência italiana, era impossível pensar apenas na reorganização técnica, humanizadora, administrativa ou política dos manicômios, era imprescindível a demolição do aparato manicomial, eliminando os

tratamentos violentos, destruindo os muros e buscando a constituição de novos espaços e meios de lidar com a loucura.

Segundo o modelo italiano de Desinstitucionalização, a ideia de cura desloca-se para a busca de cuidados. A proposta não era suspender tratamentos ou simplesmente fechar os hospitais psiquiátricos, mas sim a criação de novos meios de entender, tratar e lidar com a loucura, sendo que para isso era necessário o desmonte dos mecanismos psiquiátricos de exclusão e controle existentes. À medida que essa proposta foi sendo efetivada e os serviços tradicionais desativados, outras alternativas foram surgindo, como por exemplo, equipamentos sociais funcionando 24 horas por dia em territórios demarcados. Nestes casos específicos, não se tratava de custódia ou tutela nem de remoção de sintomas, mas sim a busca pela construção de projetos que aumentassem a capacidade de produção de possibilidades de vida. Neste caso terapia não significava cura, mas sim ampliação dos espaços de liberdade para sua emancipação (Basaglia, 1968).

Tenório (2002), pontua que no Brasil esse movimento de crítica à instituição psiquiátrica foi visivelmente inspirado no modelo italiano da Desinstitucionalização e teve início no final da década de 1970 com o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental que lutavam pela reforma sanitária, pela redemocratização política do país e também por mudanças no tratamento psiquiátrico. Posteriormente, observa-se uma ampliação desse movimento em todo país, agrupando trabalhadores, pacientes e familiares no questionamento da segregação da loucura.

Para uma análise minuciosa da Reforma Psiquiátrica, partimos da análise dos principais documentos que a sustentaram, os seja, os relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental aconteceu no Rio de Janeiro em 1987 logo após a VIII Conferência Nacional de Saúde e ao Encontro Nacional dos Trabalhadores da Saúde Mental. Enquanto a VIII CNS lutava pela efetivação do Sistema Único de Saúde, o Encontro Nacional dos Trabalhadores da Saúde Mental desdobrou-se na criação do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, reivindicando uma sociedade sem manicômios (Brasil, 1988).

A I Conferência Nacional de Saúde Mental apresentou como temas de discussão: Economia, Sociedade e Estado: Impactos sobre Saúde e Doença Mental; Reforma Sanitária e Reorganização da Assistência à Saúde Mental e Cidadania e Doença Mental: Direitos, Deveres e Legislação do Doente Mental. Diante da atual conjuntura era imprescindível marcar o impasse frente ao modelo centrado no hospital psiquiátrico e sustentar a condição de

cidadão do doente mental. Somente a partir disso seria possível começar a discutir de forma mais profunda a reorganização da assistência e as mudanças no trabalho em saúde mental (Brasil, 1988).

Neste contexto surge o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Essas mudanças pressupõem não apenas mudanças de conceitos e paradigmas, mas especialmente mudanças nas formas de se trabalhar no campo da saúde mental (M. B. Silva, 2007).

Frente a isso, e devido à necessidade que se fazia presente, em 1982 o estado de São Paulo apresentou um programa de saúde mental inovador, buscando substituir a rede hospitalar por uma rede extra-hospitalar. Configura-se assim, o início da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Em 1987 foi criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de São Paulo, que apesar de não representar ainda as premissas de um serviço substitutivo já atuava como uma instituição intermediária entre o hospital e a comunidade. Contudo, dois anos depois, na cidade de Santos - SP, o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) apresentou um projeto terapêutico realmente transformador, com práticas voltadas para o cuidado com a pessoa, atenção à crise e responsabilização pela demanda (Amarante & Torre, 2001).

Com essa experiência inicial de Santos e que serviu como referência para o modelo de CAPS dos dias de hoje, é importante destacar que o objetivo era propiciar uma instituição aberta à circulação, às trocas relacionais e ao exercício da liberdade e dos direitos. Era criado assim, a perspectiva de uma instituição condizente com uma cidadania ativa e ampliada, um cuidado personalizado e a construção de um campo de troca entre o usuário e o profissional (Athayde & Hennington, 2012).

Em meados de 1989 e 1992, o CAPS e NAPS foram normatizados, através de sua instituição e regulamentação, proporcionando atendimento em regime intermediário entre a internação hospitalar e ambulatorial. A partir disso, foram estabelecidas as diretrizes para a saúde mental, com uma multiplicidade de técnicas terapêuticas, a multiprofissionalidade na prestação dos serviços e a participação social. Nesse sentido, objetivava-se a implantação de uma rede integrada e de base comunitária sob a diretriz da reabilitação psicossocial (Ministério da Saúde, 1992).

A II Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em 1992, já no contexto após implantação do SUS, debateu temas como a rede de atenção em saúde mental; a transformação e cumprimento das leis; o direito à atenção e o direito à cidadania. É importante destacar que no Relatório dessa conferência, especificamente no capítulo que versa sobre a organização do trabalho, enfatiza-se a importância de priorizar as ações voltadas para a desinstitucionalização do trabalhador de saúde mental e, além disso, define a equipe de

saúde como multiprofissional, incluindo os trabalhadores das áreas artística, cultural e educacional. Destaca-se também a busca pelo fim da tradicional divisão de funções incluindo uma participação mais efetiva dos auxiliares e atendentes e o respeito pelos diferentes saberes, sobretudo os saberes dos setores populares. A II Conferência Nacional de Saúde Mental apontou para a necessidade de garantir práticas de ensino, pesquisa e extensão que favoreçam novas atitudes em relação à doença mental, especificamente àquelas que visem o desenvolvimento do potencial dos indivíduos em sofrimento psíquico; incentivou a criação de grupos de supervisão para que os profissionais de saúde mental possam repensar suas práticas e reivindicou a mudança nas Universidades formadoras de profissionais de saúde, para que fossem introduzidos temas de saúde mental e saúde coletiva em seus currículos (Brasil, 1993b).

Em relação à organização do trabalho, a II Conferência buscou garantir aos trabalhadores um espaço para atualização, intercâmbio, pesquisa e supervisão com o intuito de acabar com a alienação e a burocratização do trabalho. No 10º capítulo, o relatório discute as questões relacionadas aos Direitos Trabalhistas com destaque para a integração da rede de Saúde Mental com o campo de Saúde do Trabalhador, visando a garantia, em um primeiro momento, do direito ao trabalho das pessoas em sofrimento psíquico. Em um segundo momento aponta as recomendações que devem ser incluídas na Consolidação das Leis Trabalhista (CLT) e no Estatuto dos Funcionários Públicos: diminuição do tempo de exposição dos trabalhadores às condições de fadiga e tensão psíquica; descanso durante a jornada de trabalho diária; diversificação das atividades consideradas desgastantes e a criação de grupos de avaliação dos condicionantes de fadiga e tensão psíquica. Sugere-se também a criação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador com equipes de saúde mental; a criação ministerial de uma área destinada à Saúde Mental do Trabalhador; a visibilidade para as doenças mentais como doenças profissionais quando comprovado o nexo causal com consequente responsabilização das empresas que sejam causadoras de algum mal psíquico em seus funcionários (Brasil, 1993b).

É importante destacar que essas recomendações são destinadas à todos os trabalhadores, não havendo referência explícita ao setor público ou especificamente aos trabalhadores de saúde, o que leva à reflexão de que neste momento ainda não era uma prioridade a problematização do trabalho em saúde mental.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental é realizada em 2001 com o tema Cuidar sim, Excluir não e debateu temas como: reorientação do modelo assistencial em saúde mental; recursos humanos; financiamento; acessibilidade; direitos e cidadania e controle

social. O contexto é o da recente aprovação da nova Lei Federal de Saúde Mental, em abril de 2001⁸ (Brasil, 2001).

O Relatório da III Conferência ao debater a temática sobre Recursos Humanos destaca que a consolidação da Reforma Psiquiátrica necessita de uma política adequada de recursos humanos que valorize a importância do trabalhador da saúde mental na produção dos atos de cuidar, permitindo o exercício ético da profissão. Nesse sentido, tal política deve contemplar a capacitação e qualificação continuada dos trabalhadores; remuneração justa; plano de carreira; discussão em todos os níveis de gestão e democratização das relações visando o fim de formas verticalizadas de gestão; incorporação das questões de segurança, saúde e saúde mental do trabalhador; supervisão clínica e institucional; jornada de trabalho adequada para profissionais de nível superior⁹ e isonomia salarial entre eles. A contratação dos profissionais deve ser realizada exclusivamente por meio de concursos públicos, salvo em situações de emergências (Brasil, 2001).

A III Conferência pontuou a importância do trabalho interdisciplinar e multiprofissional, na busca pelo rompimento dos especialismos e pela criação de um novo trabalhador em saúde mental, destacando a importância das experiências de familiares e usuários visando a superação do saber científico convencional que não inclui o saber popular. Segundo o Relatório da conferência, o trabalhador de saúde mental deverá ter um perfil que inclui uma dimensão subjetiva, humanizante e fraterna, no entanto, isso não significa que deva aceitar condições indignas e precárias de trabalho ou aviltamento em sua remuneração (Brasil, 2001).

Já em 2005, em virtude da Política Nacional de Saúde Mental, novos CAPS eram criados, por meio dos mecanismos de desinstitucionalização. Diante da conjuntura da época, o número de hospitais psiquiátricos foi sendo reduzido e o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH) implantou diretrizes para a redução dos leitos nos macro hospitais psiquiátricos. Além disso, o Programa de Volta para Casa auxiliou especialmente aos pacientes de longa internação a voltarem a conviver em sociedade e as Residências Terapêuticas (RT) proporcionaram lares aos usuários que não possuíam outra forma de moradia (Ministério da Saúde, 2005).

⁸ Lei 10.216 de 06 de Abril de 2001 que tem em sua essência o objetivo de regulamentar os direitos da pessoa com transtorno mental e eliminar os manicômios no país. Essa lei foi fonte de inspiração para diversos movimentos sociais e mobilizou vários estados brasileiros na luta pela redução de leitos psiquiátricos (Lougou, 2006; Ministério da Saúde, 2005).

⁹ Os profissionais de nível médio não são citados.

Costa e Paulon (2012) observam que os nove anos que se passaram entre a III e a IV Conferência Nacional de Saúde Mental permitiram visualizar um grande avanço na implementação da Reforma Psiquiátrica, destacando a criação de mais de 1500 CAPS. Além disso, a Marcha dos Usuários da Saúde Mental realizada em Brasília em 2009 contou com a participação de 2300 pessoas e reivindicou, entre outras coisas, a convocação da IV Conferência Nacional de Saúde Mental.

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental ocorreu em Brasília no ano de 2010 e os temas debatidos foram: políticas sociais e políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais; consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e fortalecer os movimentos sociais; Direitos Humanos e cidadania como desafio ético e intersetorial (Brasil, 2010).

O Relatório da IV Conferência reforça que a garantia dos serviços substitutivos dependem principalmente da participação da sociedade para sua formulação e efetivação. Nesse sentido, é proposto que os Conselhos de Saúde ao avaliarem a Política de Saúde Mental aprovem Planos de Saúde Mental construídos a partir de debates nos diversos espaços de controle social. Este Relatório reforça ainda a necessidade de que as propostas da IV Conferência sejam garantidas pelas três esferas do governo e tornem-se o norte para a definição e execução das políticas de saúde mental (Brasil, 2010).

Observa-se que o Relatório da IV Conferência é muito mais extenso do que os Relatórios anteriores, visto que em vários momentos são reafirmados proposições anteriores das outras conferências reivindicando a implementação das propostas que ainda não foram efetivadas bem como o debate de diversas questões.

1.3.3. O CAPS e suas características

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades são constituídos por uma equipe multidisciplinar com atuação interdisciplinar, realizando atendimentos prioritariamente às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com transtornos mentais em geral, incluindo os decorrentes do uso de álcool e drogas, tanto em situações de crise quanto nos processos de reabilitação psicossocial (Ministério da Saúde, 2011).

Os CAPS atuam de forma estratégica, tanto no que se refere à atenção direta objetivando à promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, quanto na ordenação do cuidado, atuando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes

Comunitários de Saúde, articulando assim os recursos existentes em outras redes (Ministério da Saúde, 2013b).

O cuidado oferecido pelos CAPS é desenvolvido por intermédio do Projeto Terapêutico Singular (PTS)¹⁰, envolvendo em sua elaboração a equipe, o usuário e a família. Nesse sentido, o PTS permite o acompanhamento do usuário em sua história, cultura, projetos e vida cotidiana, ultrapassando assim, o espaço do próprio serviço, entrelaçando as redes de suporte social e os saberes e recursos técnicos (Ministério da Saúde, 2013b).

No que diz respeito às ações desenvolvidas pelos CAPS, pontua-se que elas são desenvolvidas de maneira individual, coletiva e destinadas às famílias ou à comunidade. Além disso, elas podem ocorrer tanto no espaço do CAPS como nos contextos reais da vida das pessoas. Portanto, de acordo com os PTS, as ações são realizadas de acordo com as necessidades dos usuários e das famílias e, para tanto, estão previstas as seguintes estratégias:

Acolhimento inicial: primeiro atendimento, por demanda espontânea ou referenciada, incluindo as situações de crise no território; consiste na escuta qualificada, que reafirma a legitimidade da pessoa e/ou familiares.

Acolhimento diurno e/ou noturno: ação de hospitalidade diurna e/ou noturna realizada nos CAPS como recurso do PTS de usuários objetivando o resgate das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário.

Atendimento individual: atenção direcionada aos usuários visando à elaboração do PTS. Comporta diferentes modalidades, incluindo o cuidado e acompanhamento nas situações clínicas de saúde e deve responder às necessidades de cada pessoa.

Atenção às situações de crise: ações desenvolvidas para manejo das situações de crise, entendidas como momentos do processo de acompanhamento dos usuários, nos quais conflitos relacionais com familiares, contextos, ambiência e vivências, geram intenso sofrimento e desorganização.

Atendimento em grupo: ações desenvolvidas coletivamente, como recurso para promover sociabilidade, intermediar relações, manejar dificuldades relacionais.

Práticas corporais: estratégias ou atividades que favoreçam a percepção corporal, a autoimagem, a coordenação psicomotora.

Práticas expressivas e comunicativas: estratégias realizadas dentro ou fora do serviço que possibilitem ampliação do repertório comunicativo e expressivo dos usuários e

¹⁰ Conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas em discussão coletiva interdisciplinar, configurando-se como um dispositivo para o planejamento de ações em saúde (Ministério da Saúde, 2011).

favoreçam a construção e utilização de processos promotores de novos lugares sociais e inserção no campo da cultura.

Atendimento para a família: ações voltadas para o acolhimento individual ou coletivo dos familiares e suas demandas.

Atendimento domiciliar: atenção desenvolvida no local de morada da pessoa e/ou de seus familiares, para compreensão de seu contexto e suas relações.

Ações de reabilitação psicossocial: ações de fortalecimento de usuários e familiares, mediante a criação e o desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho/economia solidária, habitação, educação, cultura, direitos humanos, que garantam o exercício de direitos de cidadania, visando à produção de novas possibilidades para projetos de vida.

Promoção de contratualidade: acompanhamento de usuários em cenários da vida cotidiana - casa, trabalho, iniciativas de geração de renda, empreendimentos solidários, contextos familiares, sociais e no território -, com a mediação de relações para a criação de novos campos de negociação e de diálogo que garantam e propiciem a participação dos usuários em igualdade de oportunidades, a ampliação de redes sociais e sua autonomia.

Fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares: atividades que fomentem a participação de usuários e familiares nos processos de gestão dos serviços e da rede, como assembleias de serviços, participação em conselhos, conferências e congressos; a apropriação e a defesa de direitos; a criação de formas associativas de organização.

Ações de articulação de redes intra e intersetoriais: estratégias que promovam a articulação com outros pontos de atenção da rede de saúde, educação, justiça, assistência social, direitos humanos e outros, assim como com os recursos comunitários presentes no território.

Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da atenção básica, urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência: apoio presencial sistemático às equipes que oferte suporte técnico à condução do cuidado em saúde mental através de discussões de casos e do processo de trabalho, atendimento compartilhado, ações intersetoriais no território, e contribua no processo de cogestão e corresponsabilização no agenciamento do projeto terapêutico singular.

Ações de redução de danos: conjunto de práticas e ações do campo da saúde e dos direitos humanos realizadas de maneira articulada inter e intra-setorialmente, que busca minimizar danos de natureza biopsicossocial decorrentes do uso de substâncias psicoativas,

ampliar o cuidado e o acesso aos diversos pontos de atenção, incluídos aqueles que não têm relação com o sistema de saúde.

Acompanhamento de serviço residencial terapêutico: suporte às equipes dos serviços residenciais terapêuticos, com a co-responsabilização nos projetos terapêuticos dos usuários, que promova a articulação entre as redes e os pontos de atenção com o foco no cuidado e desenvolvimento de ações intersetoriais e vise à produção de autonomia e reinserção social.

Apoio a serviço residencial de caráter transitório: apoio presencial sistemático aos serviços residenciais de caráter transitório, que busque a manutenção do vínculo, a responsabilidade compartilhada, o suporte técnico-institucional aos trabalhadores daqueles serviços, o monitoramento dos projetos terapêuticos, a promoção de articulação entre os pontos de atenção com foco no cuidado e ações intersetoriais e que favoreça a integralidade das ações (Ministério da Saúde, 2013b).

Nesse sentido, o prescrito para a equipe multidisciplinar de um CAPS é propiciar a reabilitação psicossocial da pessoa em sofrimento psíquico por meio de sua inclusão no meio social, no meio produtivo e de consumo.

Para que o trabalho no CAPS funcione efetivamente, criou-se diferenciações no que se refere à capacidade de atendimento que oferecem, o tipo de clientela atendida e também pelo número de habitantes por cidade, portanto os CAPS diferenciam-se em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi (infância e adolescência) e CAPSad (álcool e drogas) (Ministério da Saúde, 2004).

Sendo assim, os CAPS do tipo I são destinados às populações de 20.000 a 70.000 habitantes e com capacidade de aproximadamente 240 atendimentos por mês.

Equipe mínima: 1 médico com formação em saúde mental, 1 enfermeiro, 3 profissionais de nível universitário¹¹ e 4 profissionais de nível médio¹².

Os CAPS do tipo II apresentam capacidade de até 360 atendimentos por mês e são destinados às populações entre 70.000 a 200.000 habitantes.

Equipe mínima: 1 médico psiquiatra, 1 enfermeiro com formação em saúde mental, 4 profissionais de nível superior e 6 profissionais de nível médio.

¹¹ Profissionais de nível universitário entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, educador físico ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

¹² Profissionais de nível médio entre as seguintes categorias: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Os CAPS do tipo III atendem populações acima de 200.000 habitantes, com uma capacidade média de 450 atendimentos ao mês. É o único tipo de CAPS que oferece hospitalidade noturna, funcionando 24 horas por dia, durante 7 dias por semana.

Equipe mínima: 2 médicos psiquiatras, 1 enfermeiro com formação em saúde mental, 5 profissionais de nível universitário e 8 profissionais de nível médio.

Para o período de acolhimento noturno, a equipe deve ser composta por: 3 técnicos/auxiliares de enfermagem sob supervisão do enfermeiro do serviço e 1 profissional de nível médio da área de apoio.

Os CAPSi são específicos para atendimento à crianças e adolescentes em cidades com população acima de 200.000 habitantes e apresentam capacidade média de atendimentos para aproximadamente 180 pessoas por mês.

Equipe mínima: 1 médico psiquiatra ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental, 1 enfermeiro, 4 profissionais de nível superior e 5 profissionais de nível médio.

Os CAPSad são destinados para pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substância psicoativas e atuam em municípios acima de 200.000 habitantes ou em locais com incidência epidemiológica, que apresentem necessidade desse serviço. Atendem aproximadamente 240 pessoas por mês.

Equipe mínima: 1 médico psiquiatra, 1 enfermeiro com formação em saúde mental, 1 médico clínico responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas, 4 profissionais de nível universitário e 6 profissionais de nível médio (Ministério da Saúde, 2004, 2013b).

Segundo dados do Ministério da Saúde, o número de serviços substitutivos oferecidos à população tem crescido de maneira progressiva, apresentando um crescimento superior a 330% desde 2003 (Ministério da Saúde, 2012a, 2012b).

No Quadro 2 são apresentados dados referentes à 2011 dos números de CAPS existentes por tipo e por estado.

ESTADO	POPULAÇÃO	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	CAPSad III	TOTAL
Acre	732.793	0	1	0	0	1	0	2
Alagoas	3.120.922	38	6	0	1	2	0	47
Amapá	668.689	0	0	0	1	2	0	3
Amazonas	3.480.937	7	4	1	0	0	0	12
Bahia	14.021.432	125	32	3	7	16	0	183

Ceará	8.448.055	48	29	3	6	17	0	103
Distrito Federal	2.562.963	1	2	0	1	3	0	7
Espírito Santo	3.512.672	7	8	0	1	3	0	19
Goiás	6.004.045	16	16	0	2	4	0	38
Maranhão	6.569.683	37	14	1	3	6	0	61
Mato Grosso	3.033.991	24	2	0	2	5	0	33
Mato Grosso do Sul	2.449.341	9	6	1	1	4	0	21
Minas Gerais	19.595.309	86	44	10	12	21	0	173
Pará	7.588.078	24	15	2	2	6	0	49
Paraíba	3.766.834	39	8	3	8	8	0	66
Paraná	10.439.601	37	28	2	8	22	0	97
Pernambuco	8.796.032	28	19	2	7	12	1	69
Piauí	3.119.015	30	7	1	1	4	0	43
Rio de Janeiro	15.993.583	36	39	1	16	18	1	111
Rio Grande do Norte	3.168.133	15	11	1	2	7	0	36
Rio Grande do Sul	10.695.532	66	37	0	17	26	1	147
Rondônia	1.560.501	11	5	0	0	1	0	17
Roraima	451.227	1	0	0	0	1	0	2
Santa Catarina	6.249.682	47	13	2	6	11	0	79
São Paulo	41.252.160	64	79	27	48	67	2	282
Sergipe	2.068.031	19	4	3	2	4	0	32
Tocantins	1.383.453	7	2	0	0	1	0	10
BRASIL	190.732.694	822	431	63	149	272	5	1742

Quadro 2- CAPS: localização, categoria e quantidade

Além dos CAPS, a rede de atenção à Saúde Mental conta com outros serviços, sendo eles: Programa de Saúde da Família (PSF), as Residências Terapêuticas (RT), os leitos em hospitais gerais, entre outro.

Nesse sentido, a figura a seguir oferece uma caracterização do que é essa rede de atenção:

Figura 1- Rede de Atenção à Saúde Mental no Brasil (Conselho Federal de Psicologia, 2013).

Com relação ao trabalho desenvolvido no CAPS, algumas pesquisas já sugerem que as condições de trabalho são especialmente ruins para o trabalhador da Saúde e no caso da Saúde Mental não é diferente, sendo até mesmo em alguns casos piores.

Neste mesmo sentido, Codo (1999) aponta que pesquisas relacionadas ao trabalho e saúde mental encontraram um alto índice de esgotamento emocional e estresse crônico entre os trabalhadores; Carvalho e Felli (2006) ao analisar o adoecimento em trabalhadores de enfermagem da saúde mental encontraram dados que sugerem um intenso desgaste mental mais pelas condições trabalho do que pelo convívio com os pacientes.

Em contrapartida Lancman (2008) observou em seus estudos que o trabalho realizado no CAPS é desestabilizador, em vista da imprevisibilidade e da lida rotineira com situações-limite, como por exemplo, o suicídio e automutilação. Ressalta-se que a imprevisibilidade não é só na saúde mental.

Observa-se com esses estudos anteriores dois fatores de impacto para o sofrimento dos trabalhadores, pois de um lado temos o trabalho em si, a relação com os

usuários, a imprevisibilidade, o lidar com o sofrimento do outro e, por outro lado, temos as condições de trabalho à que esses profissionais são submetidos.

Lanzarin (2003), na realização de pesquisas sobre trabalho, prazer e sofrimento de auxiliares de enfermagem da saúde mental sugere que essas auxiliares ao intensificarem o laço afetivo com os pacientes conseguem criar estratégias de defesa frente ao medo e a angústia, porém ao mesmo tempo acabam contribuindo para a exploração do trabalho, pois essas auxiliares, em sua grande maioria mulheres, acabam assumindo responsabilidades que na verdade não são de sua função. Essa exploração ainda vem atrelada ao fato de que o cuidado com os pacientes não é visto como uma competência profissional mais sim como mais uma expressão de instinto maternal.

Nesse sentido cabe pensar na ideologia que reforça esse tipo de comportamento e que acaba por intensificar a exploração do trabalho, visto que muitas vezes os trabalhadores da saúde, especialmente da saúde mental atuam como se fossem militantes de uma causa.

Merhy (2004) ao explicitar sua experiência como coordenador de um CAPS esclarece que o trabalho em saúde mental é algo que faz o trabalhador vivenciar sentimentos muito intensos e ao mesmo tempo contraditórios, que demanda tanto do trabalhador e da equipe uma disponibilidade difícil de manter principalmente quando esses trabalhadores precisam vivificar o sentido da vida para o outro. Assim, é comum que os trabalhadores experimentem sentimentos de tristeza, exaustão e impotência.

Outros pesquisadores (Oliveira & Alessi, 2003; Zerbetto & Pereira, 2005) pontuam ainda que o trabalho nessas instituições acarretou um processo de desumanização de profissionais e pacientes e apontam a correlação entre incluir os pacientes como cidadãos e a correspondente percepção dos profissionais sobre sua própria cidadania.

Outros componentes apontados como desencadeadores de sofrimento do trabalhador de saúde mental são a baixa remuneração, os precários contratos de trabalho, condições físicas e materiais muito limitadas, a falta de um amparo político de cuidado para os trabalhadores da saúde (Ferrer, 2007).

1.3.4. Produção nacional e internacional sobre o trabalho e a saúde dos profissionais de saúde mental

Com o objetivo de conhecer a produção científica nacional e internacional que aborde o tema trabalho e saúde dos profissionais da saúde mental, foi realizado um levantamento bibliográfico da literatura para delimitação do estado da arte acerca desta

temática. Neste sentido, optou-se por utilizar seis bases de dados bibliográficos, sendo elas: Literatura Latino-Americana e do Caribe (LILACS), Publicações Médicas (PubMed), Cumulative Index to Nursing and allied health literature (CINAHL), Publication in Psychology (PsycINFO) e (PsycARTICLE) e Web of Knowledge.

Para operacionalizar o levantamento bibliográfico foram selecionados como descritores (DeCS – Descritores em Ciências da Saúde): condições de trabalho; saúde do trabalhador; serviços de saúde mental; saúde mental; satisfação no emprego; satisfação pessoal; working conditions; mental health services; occupational health; health personnel e como descritor não controlado (palavra-chave) Centro de Atenção Psicossocial. Os descritores foram utilizados nas bases de dados de forma combinada.

Foram definidos como critérios de seleção dos artigos: aqueles publicados entre 2003 e 2013 (últimos 10 anos), redigidos nas línguas inglesa, portuguesa ou espanhola e que apresentassem resultados empíricos ou originados de estudos de revisão de literatura. Também foram incluídas as pesquisas em formato de tese e dissertação.

Como critérios de exclusão foram estabelecidos: apresentação em formato de livro, capítulo de livro, resenha, comentário ou crítica e artigos que tratassem de outras questões temáticas que não a delimitada neste estudo.

Após o levantamento das publicações, foram encontrados 347 estudos, sendo que alguns deles estavam duplicados nas bases de dados. Todos os resumos foram lidos e analisados e, após uma avaliação inicial, foram selecionados 25 estudos de interesse para a leitura na íntegra, sendo 12 deles internacionais e 13 nacionais.

A seguir (Quadro 3) são apresentados os 25 artigos.

Nº	Autores, Ano e Título	Base de dados	Local
1	McGuinness, M. (2004). Exploring the role of community mental health team managers.	CINAHL	Reino Unido
2	Lloyd, C., McKenna, K., & King, R. (2005). Sources of stress experienced by occupational therapists and social workers in mental health settings.	PubMed	Austrália

3	Macedo, Z. D. (2005). Dificuldades que afetam os profissionais da saúde mental na rede pública da região oeste de Santa Catarina.	LILACS	Brasil
4	Maguire, J., & Ryan, D. (2007). Aggression and violence in mental health services: Categorizing the experiences of Irish nurses.	PubMed	Irlanda
5	Rebouças, D., Legay, L. F., & Abelha, L. (2007). Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental.	LILACS	Brasil
6	Ramminger, T., & Brito, J. C. (2008). O trabalho em saúde mental: Uma análise preliminar relativa à saúde dos trabalhadores dos serviços públicos.	LILACS	Brasil
7	Ramminger, T. (2008). Saúde do trabalhador de saúde mental: Uma revisão dos estudos brasileiros.	LILACS	Brasil
8	De Marco, P. F., Cítero, V. A., Moraes, E., & Nogueira-Martins, L. A. (2008). O impacto do trabalho em saúde mental: Transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional.	LILACS	Brasil
9	Happell, B. (2008). Putting all the pieces together: Exploring workforce issues in mental health nursing.	PubMed	Austrália
10	Ishara, S., Bandeira, M., & Zuardi, A. W. (2008). Public psychiatric services: Job satisfaction evaluation.	LILACS	Brasil
11	Ramminger, T. (2009). Cada Caps é um Caps: A importância dos saberes investidos na atividade para o desenvolvimento do trabalho em saúde mental.	LILACS	Brasil

12	Crawford, M. J., Adedeji, T., Price, K., & Rutter, D. (2010). Job satisfaction and burnout among staff working in community-based personality disorder services.	CINAHL	Reino Unido
13	Didonet, A. C. H., & Fontana, R. T. (2011). O trabalho com dependentes químicos: Satisfações e insatisfações.	LILACS	Brasil
14	Campos, F. J. S. S. (2011). Saúde mental do trabalhador de saúde: Uma revisão bibliográfica.	LILACS	Brasil
15	Glanzner, C. H., Olschowsky, A., & Kantorski, L. P. (2011). O trabalho como fonte de prazer: Avaliação da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial.	Web of Knowledge	Brasil
16	Gomes, D. J., Araújo, T. M., & Santos, K. O. B. (2011). Condições de trabalho e de saúde de trabalhadores em saúde mental em Feira de Santana, Bahia.	LILACS	Brasil
17	Athayde, V., & Hennington, E. A. (2012). A saúde mental dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial.	LILACS	Brasil
18	Verhaeghe, M., & Bracke, P. (2012). Associative stigma among mental health professionals: Implications for professional and service user well-being.	PubMed	Bélgica
19	Acker, G. M. (2008). An examination of the relationships between workers and agencies: Characteristics and three outcome variables: burnout, role stress, and intent to quit.	CINAHL	Austrália
20	Jahrami, H. (2009). A survey of burnout of the mental health occupational therapy staff in the Psychiatric Hospital, Bahrain.	CINAHL	Bahrain
21	Gibb, J., Cameron, I. M., Hamilton, R., Murphy, E., & Naji, S. (2010). Mental health nurses' and allied health professionals' perceptions of the role of the Occupational Health Service in the management of work-related stress: How do they self-care?	Web of Knowledge	Escócia

22	Singh, C. (2011). Burnout in mental health nurses.	CINAHL	Austrália
23	Ting, L., Jacobson, J. M., & Sanders, S. (2011). Current levels of perceived stress among mental health social workers who work with suicidal clients.	CINAHL	Estados Unidos
24	Souza Santos, F., Cavalcanti Valente, G. S. (2012). Custody psychiatric hospital: Interference in health nursing worker - descriptive study.	CINAHL	Brasil
25	Acker, G. M. (2012). Burnout among mental health care providers.	CINAHL	Austrália

Quadro 3 - Artigos sobre trabalho e saúde dos profissionais de saúde mental

Na análise dos artigos selecionados, foi possível perceber que, especialmente nas publicações internacionais, a maioria das pesquisas apresenta delineamento quantitativo e como principal interesse de análise o estresse dos profissionais da saúde mental enquanto que nas publicações nacionais foram encontrados dois estudos do tipo revisão de literatura e estudos do tipo exploratórios e descritivos que analisavam o adoecimento dos trabalhadores da saúde mental e a sua relação com variáveis sócio - demográficas, satisfação pessoal e condições de trabalho.

Com a realização do levantamento bibliográfico, evidenciou-se que ainda não há, nas bases consultadas, uma literatura plenamente consolidada à respeito da saúde e o do trabalho dos profissionais que atuam na saúde mental, tendo em vista o número reduzido de publicações voltadas à essa temática, reforçando, portanto, a importância de estudos voltadas para a saúde e o trabalho destes profissionais.

2. MÉTODO

2.1. Referencial teórico-metodológico: Materialismo Histórico-Dialético

Toda pesquisa necessita da definição de um corpo teórico que possa orientá-la e dar-lhe significado, evitando assim, incorrer no erro do ecletismo, que resulta na atitude do pesquisador em tomar o que cada doutrina tem de bom realizando uma verdadeira mistura de teorias ou “sopa eclética” (Lefebvre, 1991, p. 229).

Quando se aborda a relação trabalho e saúde é possível encontrar inúmeras formulações teóricas que estudam essa temática. Seligmann-Silva (2011) evidencia que a Saúde Mental Relacionada ao Trabalho (SMRT), por exemplo, é um vasto campo de investigações e práticas, que abarca diferentes correntes teórico-metodológicas em função da diversidade dos elementos componentes dessa área. A autora explicita que, no que diz respeito à saúde do trabalhador, destacam-se três referenciais: as teorias sobre estresse; as teorias que utilizam o referencial da psicanálise (psicodinâmica do trabalho) e as teorias fundamentadas no materialismo histórico-dialético.

Nessa pesquisa, privilegiaram-se os teóricos que utilizam o referencial baseado no materialismo histórico-dialético.

Prado Junior (2007) pontua que Marx não ofereceu uma definição exata do materialismo dialético em virtude de estar mais preocupado em aplicar seu método. Contudo, o referido autor esclarece que a própria análise feita por Marx do sistema capitalista por si só oferece elementos suficientes para se pensar no materialismo dialético e em como aplicá-lo.

Segundo Alves (2010), Karl Marx deu o nome de materialismo histórico à ciência cujo objeto de estudo refere-se as transformações econômicas e sociais através da evolução dos meios de produção. Para isso, Marx construiu uma dialética (do grego dois logos) materialista, em oposição à dialética idealista hegeliana.

É importante esclarecer que a dialética, como postulada por Hegel, libertava a concepção de história da metafísica, visto que a havia tornado dialética, porém sua concepção de história era essencialmente idealista e caracterizava-se pela “compreensão dos contrários em sua unidade ou do positivo no negativo”. Esta concepção permitia que fosse observado como determinadas categorias surgiam umas das outras para formar totalidades inclusivas, trazendo à tona o que estava implícito; no entanto, este método não foi articulado numa ideia

e não previa alguma ausência, falta ou possível inadequação nele existente (Bottomore, 1988, pp. 101-102).

Assim, a dialética presente no pensamento de Marx representa a busca pela superação da dicotomia sujeito-objeto. Neste sentido, superar essa dicotomia é alcançar o entendimento de como o ser humano relaciona-se com as coisas, com a natureza, com a vida (Pires, 1997).

Para Konder (1981), fazendo uma contraposição à lógica formal, que é fundamentalmente estática e não prevê a contradição ou o conflito, temos na lógica dialética uma possibilidade de compreensão da realidade em permanente transformação e, portanto, essencialmente contraditória.

Neste sentido, Marx acredita que pela lógica formal não é possível explicar as contradições existentes e o pensamento não é capaz de realizar o movimento necessário para a compreensão das coisas. Assim, se temos a concepção de que o mundo é dialético, é imprescindível que exista um método, uma teoria de interpretação, que consiga auxiliar na sua compreensão e este instrumento lógico pode ser o método dialético, tal qual pensou Marx (Pires, 1997).

Ao superar as concepções de Hegel sobre a dialética, Marx construiu um caminho epistemológico que o auxiliasse na compreensão da realidade histórica e social. Neste sentido, o importante ao pensamento marxista era alcançar as articulações do problema, descobrir quais eram as leis que regiam tais fenômenos, analisando suas evoluções e conexões. Só depois desse movimento, seria possível descrever, de maneira adequada, o movimento real (Marx, 1996).

Diante disso, a lógica formal, que previa a separação sujeito-objeto, não era capaz de abarcar o movimento de contraditoriedade do mundo, nem seu movimento ou as relações entre os homens (Pires, 1997).

Para Silveira e Doray (1989), não é possível conceber oposições dicotômicas ao se falar de categorias sociais e individuais, objetividade-subjetividade, interno-externo na concepção do materialismo dialético. E, com esse raciocínio, o marxismo elaborou uma ontologia essencialmente ancorada em bases de uma dialética histórica, que potencializou variadas questões concernentes à relação do homem com sua história e consigo mesmo.

Diante do pensamento concebido por Marx, o homem não é mais um ser determinado pela história; na história, ele passa a ser um agente transformador, sendo a práxis (prática articulada à teoria, desenvolvida através de abstrações do pensamento) a forma essencial dessa relação (Alves, 2010).

Como pontua Fernandes (1984), Marx ao introduzir na investigação científica a análise dialética, o materialismo consistente e a perspectiva social da classe revolucionária, conseguiu elaborar um modelo de explicação científica da história que lhe permitisse o estudo de situações históricas concretas, realizar a crítica da economia política e do socialismo utópico-reformista e a elaboração, juntamente com Engels, de uma teoria que abordasse a formação, o desenvolvimento e a possível dissolução do capitalismo.

Segundo o referido autor, de acordo com o pensamento de Marx, o modo de produção da vida material será determinante da vida social, política e espiritual, sendo, portanto, necessário um método de compreensão e análise da história, das lutas e evoluções econômicas e políticas. Parte-se da concepção de que em toda a história o homem não é uma imanência única, pois, na idade antiga ou ele era escravo ou cidadão; na idade média era servo ou senhor; na idade moderna é proletário ou patrão, ou seja, ou ele detém os meios de produção ou vende sua força de trabalho (Fernandes, 1984).

Para Marx e Engels (1991):

O fato, portanto, é o seguinte: indivíduos determinados, que, como produtores atuam também de um modo determinado, estabelecem entre si relações sociais e políticas determinadas. É preciso que, em cada caso particular, a observação empírica coloque necessariamente em relevo – empiricamente e sem qualquer especulação ou mistificação – a conexão entre a estrutura social e política e a produção (p. 35).

Diante disso, neste estudo, privilegia-se o papel da realidade social e material no que diz respeito ao impacto no trabalho desenvolvido do setor público de saúde (especificamente os serviços de saúde mental) e os possíveis agravos causados na saúde dos trabalhadores, considerando que o ser humano é um ser histórico e que se desenvolve socialmente.

Segundo Pires (1997), o método do materialismo histórico dialético pode ser definido pela busca das leis que irão fundamentar e definir a maneira de organização dos homens na história. Essa busca é fundamentalmente possível através do movimento do pensamento diante da materialidade histórica da vida dos homens em sociedade. Neste sentido, o movimento do pensamento nada mais é que a reflexão da realidade, partindo do empírico, ou seja, do real aparente e por meio de abstrações permite o alcance do concreto

pensado. Portanto, o que diferencia o real aparente do real pensado são as reflexões realizadas para a elaboração de um pensamento pleno, concreto.

Kosic (2002) ao abordar o real aparente observa que o fenômeno como ele se apresenta é conhecido como pseudoconcreticidade, como se sua existência fosse autônoma, sendo assim os produtos humanos (objetos) são separados dos sujeitos (homens). Diante disso, o autor esclarece que para alcançar verdadeiramente a essência, rompendo, portanto com a pseudoconcreticidade, é fundamental a compreensão do mundo humano-social como uma unidade composta por produto e produção, sujeito e objeto. Contudo, alcançar essa compreensão demanda um complexo processo de busca pelo conhecimento, de antíteses e interpelações que possam tornar possíveis se chegar a essência de determinada realidade, de seu movimento histórico e de sua dinâmica.

De acordo com Saviani (1986):

(...) a lógica dialética não é outra coisa senão o processo de construção do concreto de pensamento (ela é uma lógica concreta) ao passo que a lógica formal é o processo de construção da forma de pensamento (ela é, assim, uma lógica abstrata). Por aí, pode-se compreender o que significa dizer que a lógica dialética supera por inclusão/incorporação a lógica formal (incorporação, isto quer dizer que a lógica formal já não é tal e sim parte integrante da lógica dialética). Com efeito, o acesso ao concreto não se dá sem a mediação do abstrato (...). Assim, aquilo que é chamado lógica formal ganha um significado novo e deixa de ser a lógica para converter num momento da lógica dialética. A construção do pensamento se daria da seguinte forma: parte-se do empírico, passa-se pelo abstrato e chega-se ao concreto (p. 11)

Segundo Alves (2010), o concreto pensado representa o ponto de partida para a mudança, visto que o pensamento marxista é a base teórica que a partir da reflexão da teoria propõe-se a ser prática. O concreto só é concreto, porque abarca inúmeras determinações, isto é, unidade do diverso e, portanto, deve ser entendido tanto como resultado como ponto de partida. Para Lucáks (1979), ao fazer a opção pelo materialismo histórico é preciso ter em mente que a história não é construída de maneira linear, ao contrário disso, ela constitui-se de múltiplos fatos essencialmente dinâmicos e conectados e que compõem a história da

humanidade. Portanto, o fundamental é a compreensão dos acontecimentos a partir da história, buscando alcançar sua verdadeira essência e não simplesmente descrevê-los.

E, segundo essa lógica, só é possível alcançar a compreensão da materialidade histórica partindo da análise do que considera-se central na constituição das relações sociais: o trabalho (Pires, 1997).

O conceito de trabalho em Marx está muito além à concepção do senso comum, que o concebe a partir de uma ideia puramente econômica, associada à ocupação, tarefa. No pensamento marxista temos uma forma mais ampla de se pensar no trabalho, entendendo-o como central nas relações sociais, do homem com a natureza e com os outros homens. O trabalho nesse entendimento é a atividade vital do homem, é o meio pelo qual ele garante sua sobrevivência e por meio do qual a humanidade produz e reproduz a vida humana. É a maneira mais simples e objetiva, que a humanidade desenvolveu para se organizar em sociedade. A base das relações sociais são as relações sociais de produção, as formas organizativas do trabalho (Marx, 1993).

Diante disso, pode-se refletir sobre a contradição da sociedade capitalista, visto que temos uma realidade em que o trabalho, atividade vital do homem, é explorado e, neste sentido, enquanto o trabalho traz a possibilidade de realização plena do homem, a exploração determina seu inverso, a alienação.

2.2. Delineamento da pesquisa

Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo crítico, buscando a realização de uma investigação em profundidade de uma realidade impossível de ser quantificada, visto que está intimamente relacionada com o universo dos significados, aspirações, crenças, expectativas, valores e atitudes (Minayo, 1994).

No que diz respeito ao delineamento qualitativo, Minayo (2004) define-o como uma abordagem aplicada à complexidade e subjetividade das narrativas das experiências humanas, relacionada diretamente às interpretações que os humanos fazem, pensam, sentem e da forma como vivem os processos sociais.

2.3. Caracterização do campo de pesquisa

A coleta de dados foi realizada em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade de Uberlândia, Minas Gerais, sendo que o CAPS escolhido é entendido como um caso representativo ou típico (Yin, 2010).

Para uma caracterização do universo empírico da pesquisa, destaca-se que no que tange ao atendimento à saúde, Uberlândia é uma cidade que possui 313 estabelecimentos, sendo que 85 são públicos e 228 privados. No setor de Saúde Mental, Uberlândia articula-se com a Atenção Primária em Saúde nas unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), Unidade Básica de Saúde (UBS) e Unidade de Atenção Integrada (UAI) e com as unidades de atenção especializadas (Centros de Atenção Psicossocial) da Secretaria de Saúde, sendo eles: CAPS Oeste, CAPS Leste, CAPS Norte, CAPS IA (infância e adolescência), CAPS AD (álcool e drogas) e o Centro de Convivência e Cultura. Nessa cidade há, também, outras unidades de atendimentos que não pertencem à Secretaria Municipal de Saúde, sendo eles CAPS AD da Universidade Federal de Uberlândia, Pronto Socorro e Enfermaria do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e Ambulatório Clínica Jesus de Nazaré (Prefeitura de Uberlândia, 2012).

O CAPS escolhido funciona como serviço de atenção diária e atende adultos gravemente comprometidos psiquicamente, sendo sua clientela composta principalmente de quadros psicóticos. Desde janeiro de 2010, este CAPS passou a operar como CAPS III, oferecendo hospitalidade noturna aos usuários em crise que necessitam de cuidado contínuo, disponibilizando atualmente seis leitos, sendo três femininos e três masculinos. Dessa forma, em sua dinâmica de atendimento, o CAPS funciona 24 horas/ dia e sete dias por semana (Prefeitura de Uberlândia, 2012).

Como preconiza a atual política de saúde mental da cidade, a área de abrangência do CAPS compreende os setores Sul e Oeste e com isso, o CAPS atende uma população adstrita de trezentos e quarenta e nove mil e novecentas e oitenta pessoas (349.980).

No momento de realização desta pesquisa, o CAPS estudado atendia 250 usuários, sendo que estes eram distribuídos em cuidados intensivo-integral (todos os dias, período matutino e vespertino), semi intensivo (três dias da semana por um período) e não intensivo (um ou dois dias por semana e apenas um período).

O trabalho no CAPS está pautado na interdisciplinaridade e conta com uma equipe multiprofissional de 61 profissionais e, neste sentido, as atividades, atendimentos, estudos de casos e decisões são tratadas em grupo durante as reuniões semanais da equipe.

A equipe de profissionais é composta por:

Categoria Profissional	Quantidade
Médico Psiquiatra	4
Psicólogos	15
Enfermeiros	5
Técnicos de Enfermagem	16
Farmacêuticos	2
Técnicos de Farmácia	1
Assistentes Sociais	2
Auxiliares de Serviços Gerais	7
Auxiliares Administrativos	4
Vigilantes Patrimoniais	4
Coordenador	1

Quadro 4 – Equipe Profissional do CAPS

É importante esclarecer que no momento da coleta de dados, o quadro de profissionais não correspondia ao prescrito anteriormente, visto que, em decorrência da mudança de gestão na cidade de Uberlândia, todas as unidades de saúde passaram por profundas alterações, sendo que a mais significativa delas diz respeito ao quadro de profissionais que não mais poderia ser preenchido por trabalhadores contratados pela Fundação Maçônica (órgão responsável pelas contratações de trabalhadores para trinta e três estabelecimentos públicos de saúde de Uberlândia). Segundo a nova gestão da cidade, os trabalhadores de saúde de Uberlândia só poderão trabalhar no setor público de saúde após aprovação em concurso público. Diante disso, foi estabelecido pela prefeitura da cidade que todos os profissionais contratados pela Fundação Maçônica deveriam ser demitidos e que para retornarem à saúde pública deveriam participar do concurso público. No entanto a prefeitura não apresentou previsão de abertura de concurso público, porém os profissionais começaram a ser demitidos.

Essas demissões acabaram sendo notícias em muitos jornais e um acordo firmado entre o Ministério Público do Trabalho (MPT) e a Prefeitura de Uberlândia em março de 2014 estabeleceu que não poderia mais haver demissões em massa dos trabalhadores, até mesmo porque as verbas rescisórias não estavam sendo devidamente pagas aos demitidos. No entanto, até o estabelecimento deste acordo, dos quase três mil funcionários da Fundação

Maçonica mais de setecentos já haviam sido demitidos (Correio de Uberlândia, 2014; G1, 2014).

A solução encontrada pela Prefeitura para o desfalque de trabalhadores da saúde foi criar o FundaSUS para gerir todas as unidades que estavam sob a responsabilidade da Fundação Maçonica. Neste sentido, a FundaSUS abriu processos seletivos simplificados para a contratação de pessoal para trabalhar nas unidades de saúde da cidade, contratadas por período determinado, até que haja concurso público. Nesse sentido, salienta-se que os vínculos dos trabalhadores continuarão provavelmente os mesmos, pois a mudança foi apenas de uma empresa que contratava (Fundação Maçonica) para outra (FundaSUS), permanecendo esses profissionais ainda como terceirizados, sem previsão de abertura de concurso público.

No CAPS estudado, o quadro de profissionais contava com aproximadamente 60% de pessoal contratado pela Fundação Maçonica e no momento da coleta de dados (novembro a fevereiro de 2013) uma grande parte dos profissionais já havia sido demitida e, portanto, o quadro de profissionais estava desfalcado.

A equipe profissional na época da coleta de dados totalizava 37 profissionais:

Categoria Profissional	Quantidade
Médico Psiquiatra	2
Psicólogos	10
Enfermeiros	2
Técnicos de Enfermagem	6
Farmacêuticos	1
Técnicos de Farmácia	1
Assistentes Sociais	2
Auxiliares de Serviços Gerais	4
Auxiliares Administrativos	4
Vigilantes Patrimoniais	4
Coordenador	1

Quadro 5 – Equipe Profissional do CAPS no momento da coleta de dados

Observou-se que houve a redução de 50% dos psiquiatras, 33% dos psicólogos, 60% dos enfermeiros, 62,5% dos técnicos de enfermagem, 50% dos farmacêuticos e 43% dos auxiliares de serviços gerais.

2.4. Participantes

Os entrevistados para esta pesquisa foram escolhidos entre os profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade de Uberlândia, Minas Gerais, e, apesar de não ter sido feita distinção por sexo, a maioria dos participantes que se dispuseram a participar da pesquisa eram mulheres.

Para a seleção desses participantes, foram adotadas como critérios de inclusão: serem membros da equipe de saúde mental do CAPS escolhido e que atuassem há pelo menos 12 meses na função, para que fosse possível apreender, ao máximo, suas reais condições de trabalho e compreender como esse processo poderia refletir em sua saúde. Foram adotados também alguns critérios de exclusão, de forma a evitar perda de informação devido à escolha indevida dos participantes. Portanto, não foram convidados à participar da pesquisa os profissionais com menos de 12 meses de exercício profissional no CAPS.

Foram entrevistados 10 profissionais da equipe: quatro técnicas de enfermagem; duas psicólogas; duas assistentes sociais; uma enfermeira e um médico.

Durante a realização da investigação constatou-se que o número de participantes foi satisfatório e que já havia saturação dos dados com 10 participantes, visto que as informações se repetiam nas entrevistas. Mas, além disso, o mais importante a ser destacado é o fato de que os depoimentos dos 10 participantes foram suficientes para alcançar os objetivos da pesquisa.

No que diz respeito ao número de sujeitos, é importante salientar que no delineamento qualitativo o critério não é o número de entrevistas ou de participantes, mas sim a reflexão da totalidade em suas mais variadas dimensões, além da repetição das falas coletadas (Minayo, 1994).

Para a realização da pesquisa no CAPS, a pesquisadora inicialmente precisou da autorização da Secretaria de Saúde da cidade, a qual foi concedida após a pesquisa ser analisada pelo Secretário da Saúde e apresentada à coordenação do CAPS, que concordou em colaborar com a sua realização.

Antes do início da coleta de dados, a coordenadora do CAPS realizou uma reunião com a equipe de profissionais para apresentar a pesquisadora e os objetivos da pesquisa.

O convite para participação na pesquisa foi realizado pela pesquisadora, que se aproximou dos profissionais individualmente no próprio ambiente de trabalho, apresentando-lhes novamente os objetivos do estudo e indagando acerca do interesse em participar do mesmo. Ressalta-se que foram utilizados nomes fictícios para preservar a identidade dos participantes da pesquisa.

2.5. Técnicas de coleta de dados

Entrevista semi-estruturada e a observação sistemática foram as técnicas de coletas de dados utilizadas.

Como pontua Minayo (2004), a entrevista semi-estruturada caracteriza-se por um roteiro de perguntas elaboradas de acordo com os objetivos da investigação e que possibilita que o entrevistado discorra sobre o tema abordado sem condições pré-fixadas pelo pesquisador. Além disso, essa técnica permite o aprofundamento em determinado tema, visto que busca estabelecer uma relação entre o pesquisador e o entrevistado através de um diálogo dinâmico composto por interações e trocas, com a possibilidade de aflorar os sentidos e significados do tema investigado (Maykut & Morehouse, 1994).

Objetivando verificar a adequacidade da entrevista semi-estruturada, o roteiro foi encaminhado à três especialistas da área que já trabalharam com essa temática. Após as devidas alterações e adequações o roteiro de entrevista semi-estruturado (Apêndice B) ficou constituído pelos seguintes temas: 1) dados sócio-demográficos; 2) vida profissional; 3) saúde; 4) prazer e sofrimento no trabalho.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora no próprio local do estudo, em salas que estivessem disponíveis no momento (a sala de acolhimentos, a sala de reuniões da equipe e a sala de coordenação da enfermagem).

As entrevistas foram gravadas, mediante autorização dos participantes, e posteriormente transcritas.

Os horários das entrevistas foram combinados juntamente com os participantes e sua duração variou de 45 minutos a 1 hora e 20 minutos.

No primeiro encontro para a realização de cada uma das entrevistas, antes do início das mesmas, foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) junto com cada participante; em seguida, foi oferecida a oportunidade para cada participante esclarecer possíveis dúvidas. Após as respostas, eles assinaram o termo de consentimento no local correspondente. Uma das duas cópias foi disponibilizada para cada entrevistado com a devida assinatura da pesquisadora para que ele pudesse guardá-lo e usá-lo como uma forma de entrar em contato caso houver algum interesse. Somente após esse momento, as entrevistas iniciaram-se.

Foram realizadas observações sistemáticas juntamente com diários de campo com o intuito de conhecer a instituição, a rotina de trabalho, dificuldades e frustrações sentidas pela equipe durante o trabalho. A observação é considerada essencial para o trabalho de

campo na abordagem qualitativa, visto que permite o conhecimento face a face dos participantes (Minayo, 2004), tendo o diário de campo como seu complemento, possibilitando que as análises finais possam ser enriquecidas com informações que passariam despercebidas pelo pesquisador (Triviños, 1987). Foi solicitada previamente a autorização para que a pesquisadora realizasse algumas visitas à instituição, com duração média de três horas cada, objetivando a realização das observações (Apêndice C).

Os dados obtidos com as observações e as impressões da pesquisadora durante as entrevistas foram registrados em diários de campo, o que permitiu a sistematização das observações e dos dados coletados, auxiliando, assim, no pensamento crítico.

Neste sentido, salienta-se que a fase exploratória não precisa ser limitada a uma única fonte de dados sendo, inclusive, indicando a possibilidade da triangulação de dados que implica em multiplicar as tentativas de abordagem, visto que o uso concomitante de diferentes informantes, várias modalidades de análise, pontos de vista de observação buscando maior verificação e validação da pesquisa (Minayo, 2004).

2.6. Análise dos dados

Os dados coletados foram submetidos à Análise de Conteúdo na modalidade temática (Bogdan & Biklen, 1994) que objetiva ir além do que é manifesto, alcançando assim, os conteúdos que estão latentes. Os dados foram organizados em categorias levando-se em conta a regularidade das respostas e os padrões convergentes de conteúdo das informações coletadas e, seguindo as orientações de Triviños (1987) foi realizada inicialmente a leitura exhaustiva para a organização e sistematização das ideias; posteriormente a criação das categorias a partir da similaridade dos conteúdos e por fim a interpretação dos significados dos conteúdos com base no referencial teórico escolhido.

2.7. Aspectos Éticos da Pesquisa

Os dados foram tratados de acordo com as normatizações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 2013a), possibilitando aos participantes o entendimento dos objetivos da pesquisa; o procedimento para coleta de dados bem como a divulgação dos dados por elas fornecidos, garantindo total sigilo e privacidade quanto aos seus dados pessoais; a liberdade de recusar, desistir ou retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa; os benefícios ou não causados pelo estudo e os possíveis riscos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o protocolo 21411913.1.0000.5407.

2.8. Análise crítica de riscos, benefícios e medidas de proteção

A participação na pesquisa não acarretou qualquer tipo de complicação legal e não houve previsão de riscos pela participação na pesquisa. No entanto foi explicado aos participantes que eles poderiam sentir algum desconforto diante de alguma pergunta, sendo que estavam livres para não a respondê-la sem que isso trouxesse qualquer prejuízo à eles ou à pesquisadora. Ao participar desta pesquisa, os entrevistados não tiveram qualquer benefício direto (estavam isentos de gastos e também, não tiveram ganho financeiro por sua participação).

Os participantes tinham total liberdade de recusar, desistir ou interromper a colaboração na pesquisa no momento em que desejassem, sem necessidade de qualquer explicação e a sua desistência não acarretaria nenhum prejuízo à pesquisa ou a relação com a pesquisadora e nem a sua relação com a instituição na qual trabalha.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Caracterização dos participantes

O quadro a seguir foi elaborado com o intuito de possibilitar uma aproximação com os profissionais entrevistados nesta pesquisa, permitindo uma maior compreensão da realidade vivenciada por eles.

Identificação	Idade	Formação	Tempo de trabalho no CAPS	Contrato de trabalho	Carga Horária Semanal	Outras atividades profissionais	Carga Horária em outras atividades	Estado Civil	Nº de Filhos	Faixa Salarial
Ana	45	Técnica em Enfermagem	3 anos	Contrato pela Fundação Maçonica	48 h	-	-	Casada	1	R\$ 1.000
Beatriz	44	Técnica em Enfermagem	4 anos e 3 meses	Contrato pela Fundação Maçonica	30 h	-	-	Casada	-	R\$ 1.086
Carla	45	Técnica em Enfermagem	1 ano e 1 mês	Contrato pela Fundação Maçonica	48 h	-	-	Viúva	1	R\$ 915
Débora	23	Técnica em Enfermagem	2 anos e 3 meses	Contrato pela Fundação Maçonica	36 h	-	-	Solteira	-	R\$ 1.200
Emília	47	Psicóloga	11 anos	Contrato pela Fundação Maçonica	30 h	-	-	Casada	2	R\$ 1.200
Fernanda	36	Psicóloga	5 anos	Concurso público	20 h	Coordenadora de equipe em Articulação de Rede	20 h/semanais	Casada	-	R\$ 1500 (CAPS) + R\$ 1800 (Articulação)= R\$ 3300

Giovana	37	Assistente Social	4 anos	Contrato pela Fundação Maçonica	30 h	Supervisora acadêmica de EAD	10 h/semanais	Casada	-	R\$ 2400 (CAPS) + R\$ 1600 (Supervisão EAD)= R\$ 4000
Helena	57	Assistente Social	7 anos	Concurso público	20 h	Coordenadora de PSF	20 h/semanais	Casada	-	R\$ 3000 (CAPS). Não informou salário do PSF
Isabela	33	Enfermeira	6 anos	Contrato pela Fundação Maçonica	40 h	-	-	Casada	2	R\$ 3.600
João	35	Médico psiquiatra	2 anos	Contrato pela Fundação Maçonica	20 h	Consultório particular	20 h/semanais	Casado	1	R\$ 5.100 (CAPS). Não informou salário do consultório

Quadro 6 - Caracterização dos participantes

3.2. O processo de trabalho

Com o intuito de conhecer melhor o processo de trabalho dos profissionais do CAPS, foi solicitado que cada profissional entrevistado relatasse como é seu cotidiano de trabalho na instituição, priorizando aquilo que cada um considera relevante no seu dia a dia.

Nesse sentido, a seguir está a descrição do processo de trabalho dos profissionais entrevistados na pesquisa, sendo eles: assistente social; enfermeiro; psicólogo; médico psiquiatra e técnico em enfermagem.

Destaca-se que tanto os trabalhadores de nível superior como os de nível técnico atuam diretamente no cuidado com os usuários, realizando acompanhamento individual, participação em grupos e oficinas e atendimentos individuais. Todos os profissionais destacaram como relevante no seu cotidiano de trabalho o contato direto com os usuários.

Na época da coleta de dados, o CAPS III contava com 37 (trinta e sete) profissionais. É possível observar que 18 (dezoito) trabalhadores possuem nível superior e os demais, 19 (dezenove) trabalhadores compõem a força de trabalho de nível técnico e médio. O quadro abaixo indica as categorias profissionais e o número de trabalhadores.

Categoria profissional	Nível de Escolaridade	Número de profissionais
Coordenador	Nível Superior	1
Psiquiatra	Nível Superior	2
Psicólogo	Nível Superior	10
Enfermeiro	Nível Superior	2
Farmacêutico	Nível Superior	1
Assistente Social	Nível Superior	2
Técnico de Farmácia	Nível Técnico	1
Técnico de Enfermagem	Nível Técnico	6
Auxiliar de Serviços Gerais	Nível Médio	4
Auxiliar Administrativo	Nível Médio	4
Vigilante Patrimonial	Nível Médio	4

Quadro 7 - Categorias profissionais e nível escolar

No que se refere ao atendimento, os usuários do CAPS III de Uberlândia são atendidos através do Programa de Saúde Mental, no qual é realizado o Projeto Terapêutico para cuidado e atenção dos usuários.

O projeto terapêutico é traçado de maneira singular com cada usuário, família e demais redes de suporte social.

O Programa de Saúde Mental está articulado com a Atenção Primária em Saúde nas unidades de ESF, UBS e UAI, além dos demais programas e serviços da Secretaria Municipal de Saúde e prestadores de serviços como, por exemplo, o Pronto Socorro e Enfermaria de Psiquiatria do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e o Ambulatório Clínica Jesus de Nazaré.

Nesse sentido, a chegada do usuário no CAPS ocorre, na maioria das vezes, por meio de algum desses dispositivos ou encaminhados pela família, comunidade ou judicialmente.

Ao chegar ao CAPS, o usuário é atendido por um profissional de nível superior para realização do acolhimento inicial. Embora o CAPS funcione 24h, os acolhimentos são realizados somente no período diurno (das 8h às 12h e 14h às 19h) de segunda a sexta-feira.

Quando a pessoa não é usuária do CAPS, quando é a primeira vez que ela procura pelo serviço, ela é orientada a procurar a rede de Atenção Primária e então, caso tenha o perfil para atendimento em CAPS ela é encaminhada ao serviço.

O perfil dos usuários atendidos pelo CAPS III é caracterizado por adultos gravemente comprometidos psiquicamente, especialmente quadros psicóticos.

Os profissionais do CAPS se revezam em uma escala que determina quem será o responsável pelo acolhimento do dia.

Este profissional é responsável por acolher o usuário no momento de sua chegada ao serviço e realizar um diagnóstico situacional (situação social e familiar) e passar todas as orientações necessárias sobre o atendimento realizado no CAPS. Posteriormente o profissional leva para a reunião o caso acolhido e elabora-se o projeto terapêutico individual.

A área de abrangência do CAPS III são os setores Sul e Oeste da cidade que compreende uma população adstrita de 349.980 (trezentos e quarenta e nove mil e novecentas e oitenta) pessoas.

No momento da coleta de dados, o CAPS atendia 250 usuários, sendo que estes estavam distribuídos em cuidados intensivo-integral (todos os dias, período matutino e vespertino), semi intensivo (três dias da semana por um período) e não intensivo (um ou dois dias por semana e apenas um período). Ressalta-se que mesmo com a demissão dos funcionários e contando com apenas 60,6% do quadro de trabalhadores, o CAPS continuou a atender a mesma quantidade de usuários e a receber as novas demandas.

O CAPS estudado oferece hospitalidade noturna aos usuários em crise que necessitam de cuidado contínuo, disponibilizando seis leitos, sendo três femininos e três masculinos. Quando o número de usuários em crise que precisam de hospitalidade extrapola o número de leitos disponíveis eles são encaminhados ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. Além da própria demanda pela hospitalidade, o CAPS atende, quando possível, a demanda de outros CAPS como o CAPS AD (álcool e drogas) e o CAPSi (infantil), dando prioridade ao CAPSi.

A atual política de saúde mental preconiza que o máximo de permanência de um usuário em hospitalidade seja de 7 (sete) dias corridos ou 10 (dez) intercalados dentro de um prazo máximo de 30 (trinta) dias, contudo, conforme informado pelos entrevistados isso raramente acontece, pois quando o usuário está em crise ele dificilmente se recupera no prazo de 7 (sete) dias, ficando geralmente 15 dias ou mais na hospitalidade. Os profissionais também ressaltaram que evitam ao máximo encaminhar os usuários para o Hospital das Clínicas, visto que a dinâmica é de um hospital psiquiátrico e não de um CAPS e até mesmo os usuários não gostam de ir pra lá.

As práticas realizadas no CAPS e que foram descritas pelos trabalhadores são: atendimento individual de psicoterapia; atendimento psiquiátrico individual; oficinas

terapêuticas (roda de conversa, oficinas de atividades físicas, oficinas de trabalhos manuais, etc); grupo de famílias; visitas domiciliares; acompanhamento terapêutico; grupo de eventos – saída dos usuários da instituição; resgate de usuários; acompanhamento de banhos; administração e distribuição de medicamentos; elaboração de relatórios; atualização de prontuários; plantões/acolhimento; reuniões semanais de equipe. Há outras atividades internas necessárias à organização do CAPS e que são realizadas por outros profissionais que não foram entrevistados, mas que durante as observações realizadas na instituição foi possível conhecer, como atendimento à recepção; cuidado da portaria; limpeza da casa; organização dos mantimentos e servir refeições.

Para uma maior aproximação com o processo de trabalho dos profissionais foi solicitado que eles relatassem como é sua rotina diária de trabalho na instituição.

O processo de trabalho do assistente social no CAPS III

O assistente social dentro do CAPS III recebe uma grande demanda para benefícios, aposentadoria ou algum tipo de auxílio. Cabe à ele enquanto profissional tomar as devidas providências para sanar essas questões.

A grande maioria dos usuários não enquadra porque funciona assim: quando o paciente já assinou a carteira e já contribuiu com o INSS ou estava contribuindo aí é até mais fácil você conseguir afastá-lo, mas a grande maioria aqui nunca assinou carteira e aí para ele conseguir o benefício é muito complicado porque é um benefício muito restrito onde a renda per capita tem que ser muito mínima mesmo, tem que ser um quarto do salário mínimo, ou seja, uma pessoa da casa tem que receber um salário mínimo para quatro pessoas, então é muito complicado mesmo (Giovana, assistente social).

Além dos benefícios, o assistente social também preocupa-se com a questão da moradia dos usuários, visto que não é incomum os usuários que são abandonados pelas famílias e não possuem nenhum tipo de apoio fora do CAPS.

Quando o paciente não consegue se enquadrar nos critérios e não pode receber o benefício e então se não consegue o benefício já surgem inúmeros problemas porque muitas vezes o paciente não tem apoio da família e nós temos que arrumar um lugar para ele ficar e aí onde nós vamos colocar essa pessoa? Até colocar em albergue é difícil porque em albergue você não fica muito tempo, só pode ficar alguns dias, às vezes a gente até conversa com os responsáveis de lá e implora por mais alguns dias, mas ainda assim é difícil porque o máximo que eles podem fazer é deixar a pessoa ficar lá cinco dias (Giovana, assistente social).

Nesse sentido, é possível perceber que uma das demandas do trabalho do assistente social diz respeito às necessidades concretas dos usuários, que objetiva conseguir ao final do processo de trabalho um usuário empregado quando possível, com a documentação em ordem e com local para morar.

Além dessas atividades de “rotina do assistente social”, a assistente social no CAPS pesquisado passou a ser a responsável pelos plantões da instituição, ficando responsável pelo acolhimento dos usuários que chegam à instituição (1x na semana, pois os outros profissionais de nível superior se revezam nessa tarefa) e por cuidar de qualquer intercorrência que venha a acontecer na instituição. A assistente social também é responsável por cuidar da hospitalidade. Como outras instituições também podem utilizar os leitos da hospitalidade do CAPS III, cabe à ela enquanto responsável pelo plantão fazer a intermediação entre as instituições.

Quando alguma outra unidade necessita de leito eles ligam para saber se temos disponibilidade, especialmente o CAPS infantil, porque eles têm prioridade, então se aparecer alguma criança de lá que precise de hospitalidade nós temos que remanejar um dos nossos e passar a vaga para a criança. Então muitas vezes temos que mandar um paciente daqui para a UFU para evitar mandar uma criança (Giovana, assistente social).

Entre as intercorrências que ocorrem na instituição, a assistente social fica responsável por lidar com a falta de profissionais. O médico foi um exemplo citado por ela (anteriormente contavam com 4 psiquiatras e agora somente 2) então é comum passarem até 3 dias sem um médico na instituição e resolver todos os problemas que surgem em decorrência da falta de profissionais.

Acabou receita, acabou remédio, o que que faz, agenda consulta pra quando, se aparecer uma crise e não tem psiquiatra aqui tenho que encaminhar pra psiquiatria da UFU. Isso é o plantão (Giovana, assistente social).

É possível perceber na fala de Giovana que há o comprometimento da assistência prestada aos usuários em função da falta de profissionais e consequente sobrecarga de trabalho dos demais profissionais e dificuldade de organização interna do serviço.

É notável que essa situação não é exclusiva dos serviços comunitários de saúde ou de saúde mental, contudo, esse fato torna-se muito preocupante tendo em vista que o objeto de intervenção desse serviço é a vida de pessoas e, portanto, os serviços devem ter condições para desenvolver processos de trabalho e atender as demandas necessárias.

O assistente social também realiza oficinas terapêuticas junto com um profissional da psicologia e participa das reuniões semanais de equipe.

Sobre as oficinas terapêuticas, devido à falta de recursos materiais, os profissionais organizam bazares para arrecadar dinheiro para a instituição ou trazem recursos de casa.

A assistente social aponta que o plantão agregou mais tarefas ao seu cotidiano e que embora ela possa deixar de fazer algumas tarefas caso o plantão esteja demandando mais trabalho (como acolhimentos e oficinas que ela pode delegar à outro profissional caso necessário), é algo que só acontece em partes, pois o horário de saída de quase todos os trabalhadores é às 17h e o seu horário passou para as 19h, então se nesse período aparece algum acolhimento ela é a responsável por fazer.

Então não faço os acolhimentos nos horários de pico, mas no final da tarde quando o quadro de funcionários está reduzido eu faço (Giovana, assistente social).

Embora tenha queixas, Giovana relata que a mudança não foi imposta, sendo algo que ela concordou.

Tudo foi muito bem conversado, essa mudança não foi imposta, porque acaba que mudou muita coisa, mexeu no meu horário porque eu entrava mais cedo e saía mais cedo e agora como sou eu que faço a passagem do plantão para a equipe da noite eu só saio daqui às 19h00 que é o horário que a equipe da noite chega e tem a passagem do plantão.(...) Mas toda essa mudança mexeu um pouco com a minha vida sim, antes eu saía às 18h00 do CAPS, agora eu tenho que esperar a equipe da noite chegar às 19h00, fazer a passagem do plantão pra depois ir embora. Nas terças-feiras eu tenho que chegar mais cedo pra uma reunião com a equipe, então antes eu chegava às 8h00 na terça e agora tenho que estar aqui às 7h00. Quando a enfermagem faz reuniões na troca do turno na manhã às 7h00 eu também tenho que participar porque geralmente eles vão discutir a hospitalidade e sou responsável por isso também. Então nesse aspecto, com relação aos horários eu não gostei das mudanças (Giovanna, assistente social).

Giovana aponta como positiva para o trabalho do CAPS essa mudança, visto que anteriormente cada profissional de nível superior era responsável por 1 (um) dia pelo plantão, o que tornava as coisas confusas, pois não se sabia ao certo quem era o responsável pelo plantão do dia e muitas vezes o responsável pelo plantão ficava perdido pois não sabia das intercorrências do dia anterior.

Giovana e a Helena (a outra assistente social do CAPS), possuem as mesmas atribuições, ambas assistentes sociais são responsáveis pelo plantão, sendo Helena

responsável pela parte da manhã e Giovana pela tarde. Quando não estão cuidando do plantão realizam as outras tarefas de rotina do assistente social.

Além das duas, o plantão conta também com o auxílio da coordenadora de enfermagem Isabela que trabalha 8h por dia e por isso participa do período das duas assistentes sociais e também da psicóloga que trabalha das 16h às 20h (período com maior desfalque de trabalhadores).

O plantão dessa maneira está funcionando melhor, com mais duas pessoas auxiliando, porque o plantão é imprevisível, tem dias que nada acontece, mas tem dias que aparece um turbilhão de problemas. Às vezes às 18h aparece um problema e a equipe já foi praticamente toda embora. O médico mesmo nunca fica depois das 18h, nós até temos os médicos que ficam de sobreaviso todos os dias a partir das 19h, mas é um sobreaviso à distância em que praticamente tudo é resolvido por telefone, o médico não está presente, mas acho que se for uma emergência o médico até viria (Giovana, assistente social).

Embora o trabalho no CAPS tenha como premissa o trabalho em equipe, não foi possível reconhecer na descrição da prática da assistência social a forma como essa se articula com outros processos de trabalho e como sua prática se integra com a prática de outros profissionais.

O processo de trabalho do enfermeiro no CAPS III

A enfermeira é a responsável pela coordenação de todo trabalho da enfermagem. Ela é a responsável pela criação das escalas dos demais profissionais da enfermagem de acordo com a necessidade da instituição. As escalas são tanto diárias quanto mensais e cabe à enfermeira a devida administração dessas escalas de trabalho.

A escala funciona muito bem. Eu monto a escala e mexo nela de acordo com a necessidade da instituição. Nas reuniões semanais de equipe eu sempre ouço a opinião das outras categorias, se eles têm sugestões de mudança (e eles sempre têm) sempre tento adequar para ficar da melhor maneira possível, sempre tem uma reclamação ou outra, mas isso é crescimento para a equipe também (Isabela, enfermeira, coordenadora da enfermagem).

Nas escalas a enfermeira determina o que cada profissional ficará responsável (geralmente por um período de 15 dias), assim, todos os profissionais fazem de tudo por um

determinado período no mês, evitando assim que as tarefas consideradas mais pesadas fiquem sempre na responsabilidade de apenas uma pessoa.

Dessa maneira cada profissional tem uma tarefa por um período, tem a que fica responsável pela medicação, tem o que fica na ambulância para buscar pacientes ou para acompanhar o encaminhamento para outras instituições, tem o que cuida da higiene dos pacientes e essas tarefas vão sendo revezadas (Isabela, enfermeira, coordenadora da enfermagem).

A enfermeira também é responsável por auxiliar no plantão as intercorrências que surgirem ao longo do dia.

O plantão é muito instável, há dias muito tranquilos, mas há dias que isso aqui fica uma loucura. É paciente entrando em crise e precisando de hospitalidade, é falta de profissional, é medicamento que às vezes acaba e o paciente não pode ficar sem...E mesmo tendo a assistente social já responsável pelo plantão e eu somente como auxiliar tem dias que não damos conta de tudo (Isabela, enfermeira, coordenadora da enfermagem).

Além das tarefas comuns do âmbito da enfermagem, a enfermeira também realiza as tarefas que são comuns à todos os profissionais, como a realização de oficinas e acolhimentos. A realização das oficinas demanda um tempo para o profissional se programar e usar a criatividade para a realização de uma oficina e, no caso específico do CAPS, devido à falta de recursos materiais é preciso ir além para criar algo que demande pouco ou nenhum material.

Eu faço oficinas, mas para ser sincera não é algo que eu gosto. Acho que isso é papel de outros profissionais, mais treinados para isso. Eu não tenho dom para esse tipo de coisa, sou mais imediatista, de fazer coisas concretas que é só ir lá e fazer e pronto. Então tenho uma certa resistência com as oficinas. Não sei muito bem se deveria funcionar dessa maneira, acho que tem coisas que não cabem à todos a realização. (Isabela, enfermeira, coordenadora de enfermagem).

As tarefas efetuadas com frequência correm o risco de cair na rotina, criando o hábito de fazer as coisas do mesmo modo sempre, o que pode criar resistência às mudanças e não incentivo à criatividade.

Para o enfermeiro é difícil definir o seu papel no processo de trabalho da equipe interdisciplinar, pois nesse cenário o espaço de saberes é compartilhado entre os diversos profissionais, dificultando a distinção das atribuições de cada um, isoladamente. O trabalho

em equipe é ainda considerado uma dificuldade, seja pela diferença nos saberes ou por demandar ajustes nas próprias práticas para a criação de uma prática conjunta.

Eu sempre achei o papel da enfermagem dentro do CAPS uma coisa muito imediatista, já da psicologia, por exemplo, não. Então são dois campos que às vezes não falam a mesma língua. Porque a enfermagem é de ver o problema e já atuar em cima, é algo mais próximo da categoria médica. E às vezes precisamos segurar um pouco para conseguir pensar junto, criar junto porque são categorias diferentes demais uma da outra. Então acho o mais difícil aqui dentro é conseguir criar vínculo com as outras categorias (Isabela, enfermeira, coordenadora de enfermagem).

Segundo Guimarães (2007), o campo da saúde mental engloba uma diversidade de atores, sendo eles gestores, trabalhadores e os usuários do serviço. Nesse sentido, há uma amplitude de interesses diversos, de conflitos, de satisfações e insatisfações e de necessidades dos próprios trabalhadores e usuários. Nesse cenário, onde acontece muitas vezes o embate de interesses institucionais e interesses dos trabalhadores, nem sempre é possível chegar a uma resolução capaz de atender os anseios de ambas as partes, gerando assim frustrações dentro da equipe. Cabe nesse contexto re(construir) de alguma maneira os atores que integram esse sistema, para que não se permitam serem reduzidos à condições de objetos, conduzindo à alienação do trabalhador.

Como observa Campos (2006, p. 31):

Construir um novo conhecimento, experimentar novas formas de dirigir as organizações, superando o eixo central de todas as escolas de administração que buscam, de diferentes maneiras, reduzir sujeitos humanos à condição de objetos dóceis aos objetivos das empresas, transformando-os em insumos ou objetos. O desafio de nossa época estaria em inverter esse sentido: governar para produzir sujeitos.

O processo de trabalho do psicólogo no CAPS III

O trabalho da psicologia dentro do CAPS, embora englobe inúmeras tarefas, ainda tem como seu principal ponto a escuta do usuário. Dentro do possível da dinâmica de atendimento são realizados atendimentos individuais.

O psicólogo também é responsável pelo atendimento da família dos usuários, realizando reuniões “de núcleos” com o usuário, família e com o médico psiquiatra responsável.

O psicólogo trabalha com uma escala semanal, cada dia da semana é realizado um tipo de atividade.

Nas segundas e terças-feiras são realizadas as oficinas e os acolhimentos de novos usuários; na quarta-feira são as reuniões com usuários, familiares e o médico com o intuito de acompanhar a evolução do usuário e aproximar a família do tratamento; na quinta-feira são realizadas as visitas domiciliares com intuito tanto educativo quanto assistencial buscando a aproximação da equipe profissional com a família e na sexta-feira são realizados os contatos com a Atenção Primária em Saúde nas unidades de ESF, UBS e UAI e os passeios com os pacientes fora da instituição.

Sobre as oficinas, quando há recursos materiais disponíveis, o psicólogo trabalha na criação de materiais que possam ser vendidos em feiras e revertidos em renda para os próprios usuários, como bijuterias e acessórios de fuxicos. Quando não há materiais, são realizadas rodas de conversas sobre algum tema ou a discussão de algum filme.

Sobre as visitas domiciliares e reuniões com as famílias, embora sejam funções de extrema importância, há ainda barreiras enfrentadas:

Aqui a gente esbarra em uma questão muito difícil que é a família. Quando você pensa que o CAPS é um dispositivo de reinserção social, de substituição à internação, e, quando a gente pensa em dar alta para um paciente a gente tem muita resistência da família, porque a família acha que o CAPS é um jeito do paciente ficar aqui o dia inteiro. Eu acho que é difícil para a família também, ter um paciente com transtorno mental grave 24 horas por dia. Então a família tem muita dificuldade em vir às reuniões, vir nos atendimentos propostos, aceitar as mudanças que propomos nas visitas domiciliares. E isso acaba frustrando o profissional (Fernanda, psicóloga).

As reuniões com a participação do médico estão cada vez mais difíceis devido à falta de profissional na instituição.

Além das funções específicas descritas, há os imprevistos que ocorrem no dia a dia e que é feito por quem estiver disponível no momento como buscar ou guardar algum medicamento e arquivar prontuários; quando há passeios com os usuários fora da instituição caso o próprio usuário não tenha o dinheiro para o ônibus ou para o lanche, o profissional resolve a questão com seu próprio dinheiro ou com dinheiro arrecadado com os bazares.

Novamente a questão do que é específico de cada categoria e o que é interdisciplinar se torna uma barreira para a realização do trabalho.

Então por exemplo, no caso do psicólogo, o que o psicólogo faz? Trabalha a parte da escuta e às vezes isso fica em segundo plano porque aqui como todo mundo faz tudo, a gente faz de tudo, então pra mim isso é uma barreira, porque a especificidade do meu trabalho, assim, a gente não consegue fazer. Eu fico pensando, o que é específico do psicólogo, o que é específico do serviço social? A gente ainda tem uma certa confusão nisso, eu acho que é uma coisa difícil de se pensar, porque então o psicólogo vai fazer só atendimento? Não dá. E eu acho que a gente fica meio perdido, assim, se todo mundo faz tudo. (Fernanda, psicóloga).

O processo de trabalho do médico psiquiatra no CAPS III

O trabalho do médico psiquiatra no CAPS consiste em atendimentos psiquiátricos. Os atendimentos psiquiátricos são para prescrição do medicamento e atendimento individual do paciente. Em decorrência da sobrecarga do médico devido à falta de profissionais, os atendimentos são feitos por agendamento, priorizando os casos de urgência da instituição.

Além do atendimento, o médico participa das reuniões da equipe.

Aqui dentro do CAPS é impossível não participar das reuniões em equipe. Não tenho como seguir adiante com um paciente se não sei o que é passado nas reuniões. Para esse tipo de serviço o trabalho interdisciplinar é fundamental (João, médico psiquiatra).

Já as reuniões realizadas com a família e o psicólogo não é sempre que o médico participa, em função de sua carga horária. Isso demonstra que mesmo o profissional vendo a importância de um trabalho interdisciplinar e das reuniões de equipe, nem sempre é possível a realização de um trabalho articulado com os demais profissionais e a família, restringindo sua prática aos atendimentos individuais e prescrição de medicamentos.

O processo de trabalho do técnico em enfermagem no CAPS III

O trabalho do técnico em enfermagem é determinado por uma escala elaborada pela coordenadora de enfermagem. A escala é de aproximadamente 15 dias para cada trabalhador, sendo que depois desse período eles trocam de função.

A escala é feita pela coordenadora da enfermagem e lá fala tudo o que cada um tem que fazer. Então assim, tem lá quem vai ficar na ambulância, quem vai ser responsável pela troca de roupa de cama, quem vai cuidar da medicação (Beatriz, técnica em enfermagem).

Foi possível observar que apesar do técnico em enfermagem, atuante em instituições substitutivas, perceber que seu trabalho não se restringe somente às técnicas, mas a uma atuação mais ampla, para ele ainda é difícil identificar-se com essas novas funções.

Aqui ninguém fica sempre na mesma função. Por exemplo, no meu caso, agora eu estou na medicação, então eu sou a responsável pela medicação da hospitalidade, então eu sempre vejo na farmácia quais medicações já estão prontas, as que não estão eu mesma preparo e aplico, eu acompanho o almoço dos pacientes também, tem que anotar no prontuário o que ele almoçou. Então é assim tudo anotado, muito bem documentado. Antes a gente anotava também no sistema do computador, mas agora não, porque isso demandava muito tempo e acabava que estava atrapalhando o trabalho. E acaba que temos muitos pacientes para olhar e aí anotar tudo em prontuários e depois em sistema é inviável (Beatriz, técnica em enfermagem).

Na escala que estamos seguindo agora eu estou na ambulância. O que eu tenho que fazer é buscar e levar paciente de alta do hospital psiquiátrico da UFU. O meu papel é acompanhar o motorista da ambulância e aqueles pacientes que não têm acompanhantes. Tem o CAPS Infantil também que não tem hospitalidade e sempre que precisam de atendimento para algum paciente de lá eles solicitam aqui com a gente, para o paciente dormir aqui, ficar em observação pela equipe, já que o CAPS de lá é só de segunda a sexta. Então na ambulância é basicamente isso que o técnico faz, é estar junto com o motorista para buscar esses pacientes, levar para fazer exame laboratorial quando precisa (Ana, técnica em enfermagem).

Aqueles pacientes que estão na hospitalidade a gente tem que aferir os sinais vitais. Os da hospitalidade a gente tem que aferir pressão sempre, os pacientes da rotina que são aqueles que não dormem aqui a gente afere também, os que tem pressão alta a gente sempre tem que estar de olho, os diabéticos...é assim. Mas a escala tem várias coisas, tem a quinzena que eu fico na higiene, aí a função é ficar de olho na higiene dos pacientes, têm muitos pacientes aqui que não conseguem cuidar da própria higiene então a gente encaminha para o banho, muitas vezes tem que dar o banho. Tem aqueles pacientes que vem para o CAPS sem vestuário ou então com a roupa muito velha, rasgada, muito suja e aí o CAPS tem que providenciar através de doações que a gente ganha. Então a gente dá o banho, veste o paciente com roupa daqui, porque não tem como você dar o banho e vestir o paciente com aquela roupa suja (Ana, técnica em enfermagem).

Reconhecer a execução de atividades técnicas é mais simples do que a realização do trabalho em equipe ou das atividades de um serviço substitutivo em saúde mental. O trabalho que se propõe atualmente no CAPS ainda é algo complexo para essa categoria profissional. Com a fala dos profissionais é possível perceber a angústia e dificuldades nesse serviço.

Trabalhar em equipe da enfermagem é tranquilo, mas a opinião dos outros profissionais das outras categorias é complicada, sabe cada um tem uma opinião de como fazer as coisas e isso é complicado. Nas reuniões também, como cada um tem uma opinião às vezes a gente não é ouvido nas reuniões (Beatriz, técnica em enfermagem).

Nota-se que a diversidade de pensamentos torna-se um problema, porém a interdisciplinaridade dentro desse serviço requer a comunicação entre os membros da equipe, possibilitando assim, uma linguagem única para expressar os conceitos e as contribuições das várias disciplinas.

Cabe refletir também a cerca do cotidiano desses trabalhadores e da sua própria formação, visto que a falta de orientação das intervenções na prática assistencial de saúde mental é um entrave para a realização do trabalho e gerador de angústia aos trabalhadores.

O jeito de trabalhar na enfermagem é tranquilo, a gente já está acostumado, mas o resto, o específico de como lidar com paciente com problemas psiquiátricos é no dia a dia mesmo que vamos aprendendo e com os colegas que já estavam aqui. O paciente psiquiátrico suga muito da gente (Ana, técnica em enfermagem).

As condutas de enfermagem é muito fácil de lidar aqui dentro, difícil é o trabalho em equipe, ajudar o outro, ter que pensar com o outro. Os próprios profissionais aqui na enfermagem só vão nas reuniões porque é uma exigência da coordenação, senão não iriam, não há interesse em criar uma prática nova, já estão acostumados a trabalhar de uma forma e não querem mudar. E estar sempre com o paciente, o tempo todo ali ouvindo, esclarecendo dúvidas, isso suga muito da gente (Débora, técnica em enfermagem).

Além dessas atividades, o técnico em enfermagem também é responsável pela realização de oficinas com os usuários.

3.3. O trabalho e a saúde dos profissionais da saúde mental

Atualmente é possível perceber que a cada dia há o aumento da exploração da força de trabalho na sociedade atual, sendo esta uma das principais características do novo padrão de acumulação do capital.

Como já abordado anteriormente por Navarro (2003), a intensificação da exploração da força de trabalho pode ser claramente percebida pelas novas formas de organização da produção e do trabalho, pelas novas formas de tecnologia, pelos precários contratos de trabalho, pela terceirização, pelas subcontratações, pelo aumento das jornadas de trabalho e pelo arrocho salarial que culminam, entre outras coisas, no aumento das doenças e acidentes relacionados às condições de trabalho.

Nesse mesmo sentido, Heloani e Lancman, (2004), observam que a reestruturação produtiva no Brasil acabou resultando no aumento significativo dos riscos de acidentes e dos adoecimentos ocasionados pelo trabalho, visto que, em seu interior, a reestruturação resultou na diminuição de muitos postos de trabalho, na intensificação do ritmo de trabalho, na sobrecarga dos trabalhadores que continuam trabalhando e na crescente precarização das relações de trabalho.

Diante desse quadro, pensamos no trabalhador, que se vê diante da voracidade do capital consumindo sua força de trabalho, que é vendida em troca do salário, visto que essa é a única alternativa restante para a manutenção de sua existência (Navarro, 2003).

Todavia, o que se percebe é que o trabalhador só pode vender essa força de trabalho se estiver suficientemente saudável para realizar o trabalho requerido pelo capital. Portanto, podemos entender que há uma obrigação para que os trabalhadores sejam suficientemente saudáveis para garantirem a produtividade necessária. Assim, o que importa não é a saúde dos trabalhadores, mas sim a saúde necessária à produção (Ribeiro, 1999).

Nesse sentido, concordamos com Mendonça (1988), quando o autor pontua que para o sistema capitalista um dos principais critérios para definir o limite entre saúde e doença é a capacidade de produção do homem.

Lourenço e Bertani (2008) ressaltam que os danos à saúde do trabalhador representam o modelo capitalista e expressam claramente o outro lado do desenvolvimento econômico que tem resultado em intensificação do trabalho precarizado, no subemprego e no desemprego, os quais geram como consequências sofrimentos e agravos à saúde dos trabalhadores.

Nesse sentido, ressaltam-se as colocações de Laurell e Noriega (1989) ao esclarecerem que diante do contexto vivido pelo trabalhador, os problemas apresentados diante de seu trabalho não devem ser entendidos somente como resultado dos riscos

ocupacionais aos quais está exposto, mas sim como uma expressão concreta daquilo que ele vive e das relações estabelecidas diante do complexo processo de trabalho vivenciado por ele, visto que o processo saúde-doença não deve ser entendido como individual e do âmbito exclusivamente biológico do ser humano, mas sim, como um processo de produção de uma sociedade que se expressa de forma individual e aproxima a doença não somente do sofrimento físico, mas também psíquico, moral e ético.

Posto isto, a questão fundamental está em compreender a saúde e a doença não apenas como manifestações individuais dos seres humanos, mas, sobretudo, como resultado de uma dada situação cultural e/ou social vivenciada pelos indivíduos (Medeiros; Dakuzaku; Garves & Guarnieri, 1999).

Fernandes (2014) pontua que os trabalhadores de saúde e mais especificamente os trabalhadores da saúde mental estão sujeitos à fatores de riscos no trabalho que podem levar tanto ao adoecimento físico quanto psíquico do trabalhador.

Villela e Scatena (2004) destacam que os profissionais que exercem suas funções em instituições de saúde mental realizam atividades voltadas para a promoção, prevenção e ajuda de pessoas em sofrimento psíquico. O enfrentamento das pressões da enfermidade mental ao cuidar do sujeito com transtorno psíquico, o lidar com a família e com a comunidade são fatores considerados estressantes e que podem levar ao adoecimento dos trabalhadores.

Para Ramminger e Brito (2008) o trabalho na saúde mental é visto como uma atividade singular e ao mesmo tempo coletiva e criativa, mas também angustiante, gratificante, porém desgastante e que além do corpo do trabalhador, conta também com sua capacidade relacional e de afetos.

As autoras ressaltam que não é uma tarefa fácil estabelecer a relação entre doença, saúde e trabalho, uma vez que o processo de adoecimento, especificamente o adoecimento psíquico é sempre singular e engloba várias dimensões da vida do sujeito. Quando existe um dano físico é mais simples pontuar o nexos causal entre a doença e o trabalho, como por exemplo, no caso de uma perda auditiva por exposição a ruído. Contudo, quanto ao dano mental é mais difícil o estabelecimento do nexos causal, visto que, como falado anteriormente, ele engloba várias dimensões da vida do sujeito (Ramminger & Brito, 2008).

Desta maneira, na tentativa de compreender a complexidade da relação entre o trabalho e a saúde de profissionais do serviço público de saúde mental, buscamos com essa pesquisa contemplar além do visível, indo até o que entendemos como imensurável, ou seja, a subjetividade dos trabalhadores e as relações que perpassam o processo de trabalho. Com uma

escuta atenta, foi possível, uma reflexão sobre o trabalho e a multiplicidade de consequências que pode incidir na vida e na saúde dos trabalhadores.

É importante salientar que a partir das entrevistas realizadas, foi possível perceber como o processo e as condições de trabalho estão diretamente relacionados à saúde dos profissionais entrevistados.

Para apresentação dos resultados desta investigação, foram estabelecidas categorias de análise, relacionadas aos objetivos da pesquisa, que serão apresentadas em tópicos a seguir. As categorias remetem à divisão sexual do trabalho, barreiras para realização do trabalho, relacionamento entre a equipe de trabalhadores, o conhecimento sobre a Reforma Psiquiátrica, a situação dos terceirizados e precarização do trabalho e seus efeitos na saúde dos trabalhadores. Os depoimentos dos entrevistados serão utilizados para sustentar a discussão.

3.4. Divisão sexual do trabalho

Inicialmente é importante destacar que este estudo não teve como objetivo levantar questões relativas à divisão sexual do trabalho, no entanto, essa foi uma temática que apresentou ser de suma importância, visto que a grande maioria dos profissionais do CAPS pesquisado são mulheres e, com exceção de um profissional, todos os profissionais que se dispuseram a contribuir com este estudo são mulheres. Além disso, essa temática acaba sendo algo inseparável da questão trabalho quando o depoimento tomado é de uma mulher.

Nossos achados são coincidentes com outras pesquisas que apontam nesta mesma direção, ao pontuarem o número significativo de mulheres no trabalho em saúde mental; exemplo disso é a pesquisa realizada em um CAPS no Ceará onde 72,8% dos trabalhadores eram mulheres (Godoy et al., 2007). Além disso, Rebouças et al. (2007) destacam que esse segmento apresentou o menor nível de satisfação com o trabalho e o maior impacto sobre a saúde, o que representam consequências diretas da dupla jornada de trabalho vivenciada pelas mulheres.

Nesse sentido, o primeiro tema a ser abordado será a divisão sexual do trabalho.

Nogueira (2010) coloca que a divisão sexual do trabalho caracteriza-se como um fenômeno histórico, que se transforma de acordo com a sociedade da qual faz parte, mas que, no entanto, mesmo nos dias atuais, na sociedade capitalista, o trabalho doméstico continua

sendo predominantemente responsabilidade das mulheres, estejam elas ou não inseridas no mercado de trabalho.

Diante disso, será construído um caminho histórico sobre o trabalho feminino para um melhor entendimento sobre esse tema e sua importância ainda hoje para a compreensão das situações vivenciadas por mulheres no mercado de trabalho.

Prost (1992) observa que durante muitas décadas, o trabalho da mulher fora do lar era sinônimo de condição desprezível e muito pobre, sendo que seu ideal era pautado na mulher que tinha como obrigações o cuidado do lar, sem sair de casa.

D’Incao (1997) postula que a família burguesa valorizava o ambiente familiar, o lar acolhedor, os filhos educados. Para a mulher burguesa, o trabalho representava uma ameaça à honra feminina e o local de trabalho (principalmente as fábricas) era visto como “antro de perdição”.

Prost (1992) pontua, ainda, que se a mulher precisasse trabalhar, deveria fazê-lo em casa, como costureira por exemplo, sempre sob os olhares dos pais.

De acordo com Perrot (1991), por volta de 1850 as mulheres afastaram-se por completo da esfera econômica, ficando restritas ao lar e aos afazeres domésticos. Vários fatores podem ser usados para explicar essa questão, como por exemplo, o maior desenvolvimento do mercado agrícola e industrial, a educação feminina deficiente (o que acabou impedindo que as mulheres acompanhassem o desenvolvimento industrial) e um código moral que pregava o ideal da mulher como cuidadora do lar e da família.

Para Rago (1985), as configurações do espaço público, baseadas em modelos europeus, criaram novas maneiras de interação social e de relações entre homens e mulheres. Ao mesmo tempo em que o crescimento das cidades e o avanço da industrialização criavam novas possibilidades de trabalho para as mulheres, os valores burgueses fortaleciam uma representação da mulher mãe-esposa-dona de casa.

Em meados do século XIX, Hahner (1981) aponta que era permitido, as mulheres da classe inferior, trabalhar, sendo que esse trabalho somente poderia ser realizado desde que em casas de família. Em contrapartida as de classe superior deveriam ficar em suas casas para supervisionar o trabalho das mulheres pobres, sendo proibidas de seguir qualquer tipo de profissão que os homens de sua classe exerciam.

No quesito educação, por muito tempo a educação de meninas limitava-se à educação doméstica, permanecendo muito atrasada quando comparada à dos meninos. No ensino superior, no Brasil em 1870, as mulheres eram proibidas de frequentar instituições de ensino superior e mesmo depois que o governo brasileiro assegurou o seu direito de

frequentarem o ensino superior, apenas uma pequena parcela seguiu esse caminho (Hahner, 1981).

Badinter (1985) esclarece que os moralistas condenavam o trabalho feminino e pregavam que a mulher deveria preocupar-se em ser mãe, com a educação dos filhos e com a felicidade da família, cujos membros dependiam de sua presença constante. Neste contexto as mulheres mais atacadas eram as intelectuais, visto que não precisavam do trabalho por questões financeiras e mesmo assim o praticavam e também por se recusarem a restringir-se ao lar e a maternidade.

Segundo Rago (1985), todo esse moralismo a respeito do trabalho fora do lar era pautado em discursos sobre a postura da mulher, que poderia gerar a degradação da família, pois as mães não teriam como cuidar adequadamente dos filhos e do marido e passariam a se interessar mais pelo trabalho do que pela família, colocando-as como culpadas diante do abandono do lar.

Perrot (1991) explicita que algumas condições auxiliaram na entrada feminina no mercado de trabalho, especialmente da Europa do século XIX, entre as quais, a grande necessidade de mão-de-obra devido ao processo cada vez maior da industrialização e a crise econômica burguesa que começou a aceitar mulheres no ensino, nos bancos e em escritórios. As primeiras profissões femininas estavam ligadas à educação e posteriormente às áreas como saúde e direito.

É importante destacar também os estudos de Saffioti (2013) sobre essa temática. A autora ao falar sobre trabalho feminino pontua que devido à inferiorização social que a mulher foi alvo desde séculos, a absorção da grande massa feminina dentro das fábricas acabou sendo mais fácil. Esse fator é devido às desvantagens sociais sofridas pelas mulheres, pois, diante disso, a sociedade capitalista usurpava com facilidade o máximo de mais-valia absoluta, por meio da intensificação do trabalho, extensão da jornada de trabalho e de salários inferiores ao dos homens. Na sociedade capitalista ainda em formação, para o processo de rápida acumulação de capital, a mais-valia relativa obtida pelo emprego da tecnologia era insuficiente. Apesar do emprego da máquina ter elevado ao máximo a produtividade do trabalho do homem, a sede de enriquecimento da burguesia era insaciável e a mulher era uma presa fácil de exploração dentro desse processo.

Entretanto, a análise dessa importante questão não deve basear-se somente no trabalho feminino como uma atividade-meio que permite à mulher os recursos de que precisa para sobreviver. Isso, como observa Saffioti (2013), é apenas um aspecto da questão e que é necessário ultrapassá-lo, analisando também o grau de exploração de que é alvo o trabalho

feminino. O outro aspecto dessa questão refere-se à marginalização do trabalho feminino, ao pé da letra, a marginalização da própria mulher enquanto ser social.

Quando a máquina tornou a força muscular pouco necessária, passou-se a empregar dentro das fábricas a força de trabalho de indivíduos de reduzida força física e maior flexibilidade. É nesse contexto que há um grande processo de assalariamento, dentro das fábricas, de grandes contingentes femininos e infantis (Saffioti, 2013).

No processo de implantação do capitalismo, a imensidão de máquinas destinadas à eliminação do trabalho humano, absorve quantidades enormes de força de trabalho, tanto de homens como de mulheres e crianças. O processo de acumulação de capital acaba por eliminar o trabalho do chefe da família, não porque a nova sociedade tenha transformado de alguma forma a hierarquia das famílias, mas porque com a tradicional submissão feminina, a mulher ela era mais passível de exploração (Saffioti, 2013).

A autora pondera ainda que, falando sobre a acumulação de capital, o lucro (expressão empírica da mais-valia) será maior quanto menor for o número de trabalhadores assalariados na empresa ou então, quanto menores forem seus salários e, é na mulher, em sua inferiorização social, que essa lei do modo capitalista de produção encontra meios de se realizar mais facilmente. E é assim, que a histórica submissão sofrida pelas mulheres através de séculos atuam na elevação do montante de seu trabalho excedente.

Dentro desse sistema de exploração, a consciência do homem burguês sobre a exploração feminina também é algo que auxiliava a colocar em prática essa exploração. Os relatos feitos por Marx sobre condições de trabalho na Inglaterra no século XIX ilustram essa situação:

Mr. E., fabricante, informou-me que em seus teares mecânicos empregava exclusivamente mulheres, dando preferência às casadas e, sobretudo, às mulheres casadas que tinham em casa uma família que vivia ou dependia de seu salário, pois estas eram muito mais ativas e cuidadosas que as mulheres solteiras; ademais, a necessidade de garantir o sustento de sua família as obrigava a trabalhar com mais afinco (Marx, 1996, p. 331).

Em outro momento, Marx apresenta que “(...) as operárias empregadas nas minas percebem de um shilling a um shilling e seis pence em vez de dois shillings e seis pence que receberá um homem” (Marx, 1996, p. 418).

Nesse sentido, Saffioti (2013) pontua que diante desse contexto não é suficiente ver no trabalho, de maneira abstrata, os elementos que degradam a mão de obra feminina. É

preciso analisar que formas historicamente condicionadas de trabalho facilitam a atuação da personalidade humana e quais outras rebaixam o ser social do homem e da mulher. Na sociedade de classes, tanto o homem quanto a mulher, não se apropriam inteiramente do valor gerado pelo seu trabalho. Entretanto, à mulher é destinada a menor parcela dos frutos gerados do seu trabalho em comparação ao homem que recebe uma parcela maior. É em decorrência disso que afirma-se que a mulher sofre mais significativamente do que o homem os efeitos da apropriação privada dos frutos de seu trabalho.

Todavia, é uma ilusão acreditar que a maior exploração da mulher é revertida em benefício para o homem.

Saffioti (2013) observa que pensando em termos de rendimento familiar, como o resultado do trabalho de ambos os cônjuges, não caberia falar em competição entre os sexos, nem dos efeitos nefastos para o homem que o ingresso da mulher no mercado de trabalho causaria. Diante da ilusão que o homem se deixou levar da superioridade masculina identificada com a capacidade de mando, o homem acaba contribuindo para a competição desigual, com desvantagens para as mulheres, contribuindo, assim, para a preservação de um *status quo* reificante.

Grande parcela dos homens, ao enxergar na mulher uma concorrente no mercado de trabalho, deixa de notar a situação da mulher, e, conseqüentemente, a sua própria, como determinadas pela totalidade histórica da qual ambos fazem parte.

(...) sendo incapaz de analisar a situação da mulher como determinada pela configuração histórico-social capitalista, não percorrendo a atuação das estruturas parciais mediadoras na totalidade, abstrai não apenas ela, mas também a si próprio da conjuntura alienante que o envolve. Para a visão globalizadora, libertar a mulher de sua alienação é, ao mesmo tempo, libertar o homem de seus fetiches (Saffioti, 2013, p. 74).

Tirar ambos dessa alienação, mencionada pela autora, e passando para um estado de consciência que abarcaria uma visão totalizadora da sociedade capitalista poderia contribuir para o entendimento de que o sistema e não a mulher gerava o desemprego e assim, desmistificar a posição da mulher como objeto de reação negativa do homem.

Saffioti (2013) destaca ainda que as necessidades de guerra tiveram uma influência no trabalho feminino, visto que as mulheres eram levadas a aceitarem ao menos um trabalho em tempo parcial, o que era um grande encorajamento ao emprego das mulheres

casadas. A atuação em serviços como restaurantes e escolas maternais atraíam mulheres casadas e com filhos em idades pré-escolares. Contudo, passada a fase da guerra, os empregadores já não estavam dispostos a dividir o período da jornada de trabalho em períodos menores a fim de empregar pessoal diferente em cada período e muitas escolas maternais acabaram fechando. Além de ter sido reduzida as facilidades para as mulheres casadas e mães, outro fator contribuiu para o retorno da mulher a esfera doméstica: a ideia de que se o número de empregos é menor do que o número de trabalhadores aptos, aos homens cabe a prioridade para preencher a vaga.

Aponta-se que era fator comum as mulheres (especialmente as casadas) interromperem o exercício de uma ocupação por motivos familiares, embora essa seja uma situação recorrente no trabalho de quase todas as mulheres independente do estado civil. Os estudos de Friedan (1964) apontam que a maioria das mulheres (no caso específico as mulheres americanas), não faziam carreira, empregavam-se de forma temporária em ocupações como vendedoras ou secretárias com o intuito de ajudar no sustento em casa e permitir que o marido ou os filhos completem seus estudos. Cada vez menos as mulheres americanas escolhiam uma profissão, mesmo às tradicionalmente femininas como as de enfermeira, professora e assistente social. Para a autora, a perspectiva do casamento e as inúmeras necessidades impostas para o abandono do emprego ou até mesmo seu retorno ao mercado de trabalho após os filhos crescidos (e nesse caso após decorrido longo período de inatividade profissional) são fatores que culminam no encaminhamento das mulheres para posições subalternas e que envolvem menores responsabilidades.

Guilbert (1966) vai além do que é desenvolvido por Friedan (1964) e destaca que além das mulheres ocuparem funções de menor prestígio na indústria, realizando trabalhos mais repetitivos e fragmentado, elas também sofrem desvantagens mesmo quando o nível profissional do seu trabalho é o mesmo que o do homem, visto que recebem menores salários e são hierarquizadas abaixo dele. A força física do homem é utilizada nesse caso como justificativa à hierarquização dos sexos, mesmo quando o trabalho desenvolvido não exige força muscular. Essa justificativa acaba sendo ainda mais vulnerável quando o trabalhador negro que emprega força física no seu trabalho é colocado em condições semelhante à das mulheres. Nesse sentido, os preconceitos de sexo e raça são utilizados na conservação do domínio do homem branco e também na acumulação do capital.

Apesar de muitos países subdesenvolvidos terem elevada utilização de mão de obra feminina, a maioria das mulheres encontram-se alocadas em funções não produtivas (como os serviços domésticos remunerados), ficando à margem do sistema produtivo de bens

e serviços da sociedade de classes. Ao passo que os países se industrializam mais, o trabalho feminino passa a ser absorvido no setor secundário e terciário do sistema de produção dominante. Na década de 1950 observou-se o aumento significativo da mão de obra feminina no setor terciário da economia de países altamente desenvolvidos (Saffioti, 2013).

Nos Estados Unidos, em 1900, 55% dos efetivos femininos se dedicavam às atividades terciárias, subindo este montante para 70% em 1950; na Bélgica, esta percentagem passou de 49% em 1930 a 53% em 1947; na Suíça, elevou-se de 54% em 1930 a 59% em 1950; na Suécia, de 52% em 1930 a 68% em 1950; na França, de 28% em 1921 a 47% em 1957(Thibert, 1961, p. 737).

Inúmeros fatores podem ser destacados para justificar o aumento da concentração da mão de obra feminina no setor terciário no período referido, entre eles podemos citar o fato de que à medida que as economias se desenvolviam, o setor terciário também apresentava um crescimento enorme de suas atividades econômicas, passando a absorver maiores efetivos. As mulheres de estratos médios da população, tiveram a escolarização estendida, o que possibilitou à elas o exercício de ocupações como auxiliares nos escritórios e de vendas. As mulheres, mais do que os homens, não eram devidamente preparadas para o exercício de uma profissão. A maioria delas somente atingia a educação média, empregando-se em atividades de escritórios ou vendedoras, à espera do casamento. Algumas mulheres acrescentavam à formação um preparo de datilografia ou estenografia, o que as permitia o trabalho como secretárias. Também nesse segundo caso, o trabalho desenvolvido não tinha vistas à promoção, sendo encarado também como algo provisório, que terá seu fim no momento do matrimônio (Saffioti, 2013).

Nesse sentido, a concentração da mulher no setor terciário da economia não representa uma vitória da mulher, mas somente como uma mudança dos trabalhos manuais para os não manuais.

Ao voltarmos o olhar para o contexto brasileiro, Trigo (1994) coloca que devido às condições sociais e econômicas na década de 1930 já era possível perceber mudanças nas relações de gênero. A crise da economia cafeeira levou muitas famílias a permitir a entrada feminina na universidade, com vistas a alcançar um instrumental cultural. Dessa maneira, não apenas mudanças de comportamento e de códigos sociais podiam ser percebidas na época, mas também mudanças nas expectativas das famílias e também da sociedade à respeito do lugar social da mulher.

Apesar dessa nova perspectiva, Trigo (1994) esclarece que ao administrar suas carreiras, as mulheres continuavam dando prioridade à carreira do marido, sendo que a situação familiar era organizada de forma a dar condições ao marido desenvolver-se profissionalmente.

Com a chegada do século XX, o trabalho feminino fora do lar ganhou forte expansão e o trabalho doméstico passou a ser encarado como alienação. Neste contexto, o trabalho fora de casa, especialmente na década de 1970, passa a ser visto como emancipação da mulher (Fabbro, 2006).

Bruschini (1998) aponta que o crescimento do número de mulheres no mercado de trabalho a partir da década de 1970 ocorreu não apenas pela busca salarial, mas também devido às expectativas de maior consumo.

Nogueira (2010) explica, também, que nos anos 70 a mulher trabalhadora estava ampliando sua participação nas lutas de classe e na organização política e sindical. Essa postura vinha somar-se ao enfrentamento das mulheres frente ao discurso conservador que preconizava um destino natural para as mulheres: serem mães e esposas, garantindo o conceito de família como instituição básica e universal.

É nesse período que a luta contra a opressão da mulher torna-se mais acentuada, exigindo mais do que nunca a luta pela sua emancipação econômica e social, pelo direito ao trabalho, por salários iguais e, além disso, por uma divisão mais justa no trabalho doméstico libertando, ao menos parcialmente, a mulher da dupla jornada de trabalho (Nogueira, 2010).

Já nos anos 90, em decorrência da mundialização do capital, efeitos complexos e contraditórios causaram impactos tanto no trabalho feminino quanto no masculino. Enquanto que o emprego masculino sofre uma estagnação, o emprego feminino remunerado cresce rapidamente. Contudo, mesmo com a ampliação da participação feminina no mundo produtivo, a família continua a ser estruturada nos moldes patriarcais, sendo o marido o provedor e a esposa a provedora complementar e dona de casa, mantendo a divisão sexual desigual do trabalho (Nogueira, 2010).

Mesmo após mais de 20 anos, nos dias atuais, ainda não é possível perceber uma divisão sexual do trabalho mais justa, visto que no discurso das entrevistadas é evidente que são elas as responsáveis pela realização das tarefas domésticas, caracterizando a dupla (e às vezes tripla) jornada de trabalho.

Tem gente aqui, que como eu, trabalha na jornada de 12X36 e tem mais um ou até mais dois empregos, mas eu não consigo. Eu sou casada e ainda sou dona de casa, ou seja, tenho outro serviço me esperando em casa (Ana, técnica de enfermagem).

Aqui eu fico o dia inteiro andando de um lado para o outro, tudo é longe aqui dentro. A farmácia fica em uma ponta, os leitos na outra. Não paro de andar aqui dentro nem por um minuto. Então quando eu chego em casa eu tenho que deitar nem que seja por 20 minutos para colocar as pernas para cima, porque eu tenho problemas de circulação. Mas não posso demorar muito tempo também não porque tem a casa me esperando para ser arrumada, tenho que ir para a cozinha preparar a comida para o meu marido. Teve um dia que eu estava cansada demais e acabei dormindo um pouco além da conta depois que cheguei do trabalho e por causa disso fiquei até 1 hora da manhã arrumando casa (Beatriz, técnica de enfermagem).

Minha vida é muito corrida, não tenho quase tempo para o lazer. Quando saio daqui mal tenho tempo de almoçar porque tenho que ir para o PSF onde sou coordenadora de unidade. E depois quando chego em casa tenho minha mãe de 95 anos para cuidar. Então não dá pra sair, passear, porque tenho muita responsabilidade cuidando dela. Tenho mais dois irmãos, mas sabe como é homem né, não estão nem aí, essas coisas ficam sempre na responsabilidade da filha mulher (Helena, assistente social).

No caso de Helena o cuidado com a mãe idosa é de sua exclusiva responsabilidade, tanto no que diz respeito aos cuidados diários do cotidiano e também as despesas financeiras. Helena tem dois irmãos (homens) com quem poderia dividir as tarefas, contudo, sendo ela a mulher:

A minha mãe sempre morou comigo depois que passou a precisar de cuidados. Nunca teve a opção de ir morar com algum dos meus irmãos. Não sei se minhas cunhadas iriam querer cuidar, já que não é a mãe delas (Helena, assistente social).

Exemplos como esse de Helena nos levam a refletir como a vida feminina se torna contraditória dentro da estrutura social que vivemos. É notável que há na mulher uma necessidade além da financeira, mas também subjetiva de fazer parte do mundo produtivo, de se integrar no mundo do trabalho, entretanto há também na mulher uma necessidade de se dar à família. Infelizmente às condições de desigualdade dentro da esfera familiar acabam criando barreiras para que a mulher desempenhe seus papéis de forma satisfatória, porque quando não está abrindo mão da carreira sente-se abrindo mão dos filhos e da família:

Seria bom ter mais um emprego, ainda mais com o salário que a gente ganha, já fiz muito isso, mas hoje em dia não dá mais, eu estava deixando minha menina muito largada, estava parecendo que estava crescendo sem mãe (Ana, técnica de enfermagem).

Quando refletimos sobre a mulher, é importante destacar que ter um emprego não significa somente ter um salário. É algo que vai além, porque inclui a mulher na vida comum, na construção da cultura, propicia segurança na vida. A atividade profissional é como uma fonte de equilíbrio. Entretanto, como observa Saffioti (2013), o equilíbrio da mulher não se resume à uma atividade ocupacional, seu papel na família é a contrapartida necessária de suas funções profissionais dentro da sociedade capitalista. Sua força de trabalho é colocada no mercado como mercadoria para ser trocada e colocada no lar enquanto mero valor de uso, que guarda uma conexão com a determinação enquanto mercadoria da força de trabalho do chefe da família. Por essas questões e pelos arquétipos femininos que a sociedade constrói e alimenta a adaptação da mulher às duas ordens de papéis que lhe cabe executar.

Nesse sentido, pode-se pensar que as relações de gênero caracterizam ainda hoje uma divisão sexual do trabalho desigual, em que se articula o trabalho feminino remunerado com o trabalho não remunerado e consequentemente não valorizado da esfera doméstica. É neste contexto que destaca-se uma forte opressão de gênero e a exploração do capital.

Mészáros (2002) ao abordar sobre a exploração do capital esclarece que para o funcionamento do capitalismo, a premissa de uma igualdade da divisão sexual do trabalho é completamente inaceitável, visto que, para a sociedade capitalista, a família patriarcal é uma importante aliada.

Quanto às outras atividades profissionais remuneradas, três entrevistadas relaram exercer outra atividade na busca de aumentar a renda.

É uma boa diferença financeira no final do mês quando você tem outro emprego. Ainda mais que tenho uma despesa alta no cuidado com minha mãe. E é bom estar em um lugar onde tenho mais autonomia, porque sou coordenadora do PSF. E tenho também meu consultório particular, mas lá ainda não consigo trabalhar muitas horas porque não sobra tempo, mas geralmente saio do PSF e ainda atendo até às 20h (Helena, assistente social).

Apesar de ser concursada aqui, meu salário é muito baixo então aproveito que sou 20h e trabalho na articulação de rede também. É trabalho demais, mas é melhor do que ficar na instabilidade financeira (Fernanda, psicóloga).

Além do CAPS também trabalho como supervisora acadêmica de EAD. O salário ajuda a complementar a renda em casa, porque só o que ganho aqui e o salário do meu marido não daria não (Giovana, assistente social).

O exercício de outra atividade profissional remunerada auxilia os profissionais a alcançarem uma maior autonomia financeira, no entanto ressalta-se que as mulheres ainda lidam com a jornada de trabalho em casa, configurando assim a tripla jornada de trabalho.

O cuidado com a família é considerado uma atividade fundamental e, como pontua Marx, o trabalho doméstico não visa a criação de mercadorias, mas a criação de bens úteis para a sobrevivência familiar. Esse é o ponto que diferencia o trabalho remunerado do trabalho do âmbito privado, pois enquanto o primeiro está associado ao trabalho produtivo e à criação de valores de troca, o outro está vinculado à produção de bens necessários à reprodução dos componentes da família, permitindo também que o capital se aproprie da esfera privada (Nogueira, 2010).

Assim, para uma efetiva luta contra a desigual divisão sexual do trabalho é necessária também uma luta contra o próprio capitalismo, objetivando a superação da família patriarcal que entre outras coisas hierarquiza as relações de gênero e classe destacadas na divisão sexual do trabalho. Para uma efetiva transformação na divisão sexual do trabalho, o primeiro aspecto a ser considerado é a libertação das mulheres das tarefas ditas femininas, impostas pela sua condição feminina, para que assim, ela possa estar em condições de igualdade de gênero para o trabalho no espaço produtivo (Nogueira, 2010).

Observa-se ainda que todas as participantes do estudo descreveram uma rotina de atividades muito intensa, demonstrando inclusive uma despreocupação com a falta de tempo com o lazer e outras atividades do viver e, conseqüentemente, as adaptações da vida à jornada de trabalho são vistas como naturais. Quando não há um segundo emprego há as tarefas de casa e as rotinas familiares. Percebe-se com a fala das entrevistadas a sobrecarga, mas ao mesmo tempo sua naturalização.

Eu chego em casa e não paro de trabalhar. Mesmo quando não estou aqui no CAPS meu telefone fica 24h por dia disponível. Na licença maternidade não para, nas férias, hora nenhuma. E tenho que ir conciliando isso com o cuidado dos meus filhos. Então é tudo uma loucura, é cuidar da casa, levar criança na escola, dar banho no outro. Mas faz parte da minha função isso tudo. Sou eu que coordeno no CAPS e eu que coordeno em casa. Quando muito dá pra fazer alguma coisa no final de semana, porque tenho que pensar nas crianças, levá-los para passear, mas nem sempre é possível (Isabela, enfermeira, coordenadora da enfermagem).

É interessante destacar que aqui temos uma mulher, mãe e que ocupa uma posição de chefia dentro do CAPS, sendo a coordenadora da enfermagem. Embora atualmente presencia-se esse quadro com maior frequência, anteriormente a mulher não ocupava cargos como esse justamente em decorrência da maternidade, visto que, como pontua Saffioti (2013), os fatores biológicos eram muitas vezes utilizados para justificar a inatividade profissional da mulher, seja em decorrência da redução do trabalho nos últimos meses de gravidez, nos primeiros períodos que se seguem ao parto (visto que o aleitamento exigiria a presença da mulher junto à criança) ou pelo absenteísmo, pois quando o filho adoece a mulher é quem falta ao trabalho e não o homem e também quando o marido adoece a mulher falta ao trabalho para cuidar da saúde dele.

Nesse sentido, mesmo nos dias atuais a mulher tendo alcançado cargos de chefia sendo mãe e esposa, é notável que a maternidade ainda é vista como uma carga exclusivamente da mulher, que precisa dar conta de sua carreira e das responsabilidades com os filhos – tem que coordenar no trabalho e em casa.

Aqui dentro eu faço de tudo um pouco. São muitas tarefas, faço oficina, faço acolhimento, atendimento individual, atendimento de família, visitas domiciliares. Ainda tem as reuniões que fazemos, tanto com a equipe de profissionais como com familiares e pacientes, com o psiquiatra. Não dá pra falar que respiro aqui dentro, porque não paro nem um minuto. E imagina agora com poucos profissionais. Está tudo muito mais intenso pra gente. Eu tinha meu consultório particular, mas acabei fechando porque ainda com dois filhos foi ficado difícil dar conta de tudo (Emília, psicóloga).

Ressalta-se aqui novamente a maternidade como responsabilidade única da mulher, que não tendo ajuda do marido no cuidado dos filhos, precisa abdicar de uma atividade profissional para que consiga conciliar todas as exigências de casa e do trabalho.

Nota-se que as entrevistadas têm internalizado que a maternidade e o cuidado com os filhos é algo destinado à elas enquanto mulher, não há queixas, não há reflexão crítica sobre isso, observa-se que elas tem de si próprias uma imagem cujo componente básico é um destino social determinado pelo sexo.

Destaca-se também que nos depoimentos das entrevistadas há a negação do sofrimento pelo excesso de tarefas e os sinais de alienação em relação às condições vividas diante de um discurso de conformidade com essa situação.

Diante desse quadro, concordamos com a colocação de C. Nogueira (2010) ao afirmar que não podemos limitar a crítica da sociedade capitalista somente à análise da

exploração e da precarização do espaço produtivo, por mais que isso seja de extrema importância. A autora pontua que a crítica precisa ir além e abranger todos os aspectos dessa lógica, principalmente no que diz respeito à compreensão da opressão presente no espaço reprodutivo, aqui representado pela estrutura da família patriarcal que, entre outras coisas, impõe uma desigual divisão do trabalho para a mulher.

3.5. Barreiras para realização do trabalho

Quando conhecemos as falas e práticas dos trabalhadores da saúde mental, passamos a compreender que esses trabalhadores habitam um espaço fortemente tensiôgeno e de embates. Vários fatores podem ser apontados como desencadeadores destas questões, entre eles o fato de haver vários discursos neste campo, incluindo desde a crença de que o cuidado deve ser entendido como uma forma de caridade religiosa ou a afirmação de que somente a ciência tem domínio sobre a loucura (discurso científico), até o discurso antimanicomial que prevê que o trabalho em saúde mental não pode ser reduzido à um domínio de técnicas, devendo incluir a implicação política e afetiva na construção de um novo modo de se relacionar com a loucura (Ramminger, 2009). Além disso, os trabalhadores precisam conviver com a oscilação entre a exigência de um papel desafiador e criativo dentro dos novos serviços substitutivos e a constante desvalorização da função explicitada pela falta de investimentos e ações para este serviço.

Na pesquisa, todas as participantes manifestaram desconforto com a falta de investimentos para o CAPS, tanto no que diz respeito à estrutura física quanto à falta de materiais.

(...) acho que o CAPS não oferece uma condição saudável para trabalhar. Para você ver, aqui nem sala para trabalhar a gente tem, temos só o consultório médico, a sala da enfermagem e uma sala de acolhimento. Não temos como fazer atendimento individual a não ser nesses locais e quando essas salas estão ocupadas você faz onde dá, no corredor, no pátio. A instituição não oferece o que precisa para a gente trabalhar, até porque a necessidade não é só acolhimento, médico e enfermagem. Não tem como a gente não ficar insatisfeita com essas situações né, tira a autonomia do nosso trabalho (Helena, assistente social).

Nem sempre a gente tem tudo o que precisa para trabalhar. Às vezes falta até lençol para forrar a cama para o paciente que está na hospitalidade e temos que ficar forrando com cobertor. E esse tipo de coisa quem compra é a prefeitura e aí é uma demora, você faz o pedido, mas demora muito para chegar. Sem contar a falta de profissionais, na enfermagem, por exemplo, estamos só com oito

profissionais, é muita sobrecarga de serviço, é ter que fazer milagre trabalhar assim (Ana, técnica de enfermagem).

As condições de trabalho são complicadas, falta de tudo, eu vejo essa mesma queixa em todas as reuniões de equipe. Mas o pior é a falta de resolutividade e rapidez na deliberação dos assuntos. Tudo que é solicitado é uma extrema demora para ser resolvido. Isso desmotiva muito o trabalho. Sabemos que a saúde pública está um caos, mas algo precisa ser feito, não podemos apenas cruzar os braços e aceitar sempre o não como resposta (João, médico psiquiatra).

É possível perceber no discurso dos entrevistados o sentimento de desilusão, destacando desprazer com a organização do trabalho e com a gestão. A sobrecarga física e consequentemente emocional dos profissionais também é evidente em vários momentos durante seus relatos. Percebe-se que a falta de condições materiais para a execução do trabalho tem um peso significativo, pois incide diretamente sobre o sentimento de desvalorização e perda de esperança de realizar um trabalho conforme seus ideais.

Nota-se que a baixa-remuneração, a dupla jornada de trabalho e a falta de reconhecimento diante da falta de investimentos no setor produzem insatisfações e desmotivações ligadas ao exercício profissional, gerando sofrimentos ao lidar com a realidade em que o profissional de saúde está inserido no atual momento de nossa sociedade.

A gente vê o sucateamento da saúde, entende? Eu acho que isso é a maior causa, sabe? Das coisas aqui dentro estarem como estão. É um dos fatores que mais faz o profissional de saúde sofrer. E isso leva a gente a perder a qualidade de vida, de saúde mesmo (Emília, psicóloga).

É possível perceber como os entrevistados se sentem desmotivados com o seu campo de atuação na saúde, com as condições materiais, financeiras e psicológicas que precisam enfrentar no cotidiano do ambiente laboral e, consequentemente, devido ao sofrimento produzido por essas adversidades.

Contudo, vale ressaltar que diante da precariedade do serviço, os trabalhadores são levados a serem criativos e consequentemente à um movimento de superação. É a tentativa, dentro do possível, de transformar o lado ruim dessa realidade e melhorarem de certa forma o processo de trabalho.

Até que para a enfermagem é mais tranquilo a questão dos materiais para trabalhar, o que falta mesmo é material para fazer as oficinas, sempre falta. Aí a gente costuma usar de estratégias, faz roda de conversas que não precisa de nenhum tipo de material, assiste algum vídeo, essas coisas. Mas para a

enfermagem às vezes falta material também. Ontem mesmo tinha um tipo de agulha específica que tinha acabado, tivemos que dar um jeito e substituir por outra. Não era a agulha ideal que usamos, o resultado não é 100 % mas é melhor que nada (...). Não temos muito o que fazer quando falta esse tipo de material, só esperar chegar mesmo porque esse tipo de material como a agulha não temos como comprar, porque se tivesse como comprar com certeza a equipe tiraria do próprio bolso, como costuma fazer com as outras coisas que faltam como material de oficina, roupa para pacientes, cigarros (Beatriz, técnica de enfermagem).

Eu acho que é tudo muito limitado, acho que quando é um setor privado você tem mais recursos, já aqui tudo é muito limitado. Até para fazer as oficinas somos nós, os profissionais, que temos que proporcionar os recursos, então fazemos bazares para conseguir arrecadar uma grana para comprar os materiais porque as políticas públicas são muito limitadas. (...). Enquanto setor público a gente sofre muito porque imagino que no setor privado eles tenham inúmeras maneiras de resolver essas questões e nós não, só dependemos de prefeitura e de políticas públicas e isso é extremamente limitado. Tudo que pedimos para a prefeitura levam mil anos para chegar e enquanto não chega temos que ir dando nosso jeitinho, fazendo “vaquinhas”, tirando do próprio bolso, trazendo de casa, porque não dá para parar o serviço, os usuários estão aqui todos os dias esperando da gente (Giovana, assistente social).

Ressalta-se que as precárias condições de trabalho são banalizadas e vistas como naturais pelos profissionais que acabam tomando para si a responsabilidade de resolver os problemas que aparecem no cotidiano de trabalho e assim conseguir realizar seu trabalho de forma satisfatória. Esse processo de auto alienação se faz presente e é parte do sistema que oculta suas contradições. Como considera Antunes (2012), o trabalho ao mesmo tempo em que é ato fundante do ser humano, também é em suas manifestações concretas aquilo que assegura a continuidade do processo de humanização. Neste sentido, mesmo a categoria trabalho, só pode se materializar a partir de laços materiais concretos, históricos.

Não temos condições adequadas para trabalhar aqui. A casa, por exemplo, acabamos de nos mudar para essa nova sede, a anterior conseguia ser pior que essa. Mas mesmo assim, se você for pensar estamos em dez psicólogos, duas assistentes sociais e um tanto de enfermeiros e nós não temos salas para atendimentos! Falta espaço físico adequado, falta materiais para fazer oficinas, a gente tem muita carência aqui. Aí o que fazemos é tentar ir organizando as coisas, fazemos alguns bazares para arrecadar dinheiro. Quando a prefeitura encaminha o que pedimos, porque às vezes nem manda nada, quando manda é muito demorado, são meses de espera por coisas que estamos precisando para aquele dia e então assim vamos cuidando de tudo (Fernanda, psicóloga).

Aqui temos que fazer malabarismos. Para arrecadar dinheiro acabamos fazendo de tudo. Eu tenho feito tapetes em casa para colocar no bazar para vender. Semana passada eu e alguns colegas ficamos até mais tarde aqui arrumando a mesa lá do fundo onde fazemos oficinas, porque a mesa estava detonada e precisava de reparos. Até o concerto da geladeira a prefeitura não pagou e acabamos fazendo uma vaquinha. Então é assim que vamos mantendo o serviço. Até o lanche dos pacientes ou transporte para chegarem aqui não dá para depender da prefeitura. E quando a prefeitura manda alguma coisa é o que eles querem e não o que realmente precisamos e que solicitamos com as listas. O pior de tudo é que a prefeitura não nos permite fazer bazares, porque a prefeitura é proibida de arrecadar fundos. Então fazemos os bazares, mas sem divulgação. Aí você me fala como manter um serviço sem o mínimo de recursos? (Emília, psicóloga).

É possível observar que as precárias condições de trabalho que os trabalhadores são submetidos acabam sendo banalizadas e naturalizadas, visto que os profissionais acabam tomando para si a tarefa de resolver os problemas que surgem na tentativa de executar seu trabalho da melhor maneira possível, contribuindo assim para o processo de auto alienação. Observa-se que as entrevistadas não questionam o fato de terem que resolver os problemas da instituição, mas sim da falta de recursos que deveriam ser fornecidos pelo governo. Nesse sentido, a alienação se apresenta ao se auto responsabilizar pelos problemas advindos das condições de trabalho e por até mesmo ignorar esse fato.

Outra questão que merece destaque é o paradoxo que o profissional acaba se encontrando, visto que, de uma lado há a cobrança para que o serviço funcione (mesmo sem as condições mínimas necessárias), o que leva os profissionais a darem um “jeitinho” para conseguir alcançar os objetivos e por outro lado, esse “jeitinho” não deixa de ser uma irregularidade, apontada até mesmo pela própria prefeitura que se posiciona veementemente contra os bazares, por exemplo.

Quando você não faz o trabalho por falta de materiais, de recursos, o sentimento geral é de ineficiência, diante da equipe, diante dos usuários. Aí quando você se vira pra fazer as coisas acontecerem eles questionam a forma como você se virou. Isso estressa muito sabe? Por que você fica se perguntando, então o que eu faço? (Helena, assistente social).

Outra barreira apontada pelos profissionais é sobre a dificuldade da articulação do trabalho em rede na saúde. Quando um usuário do CAPS em atendimento ou que já tenha recebido alta procura por atendimento em uma unidade de saúde geralmente é encaminhado para o CAPS. Independente da queixa apresentada pela pessoa na unidade de saúde, a resolução que se toma é encaminhá-lo ao CAPS. Essa postura demonstra o preconceito que se vive ainda hoje quanto às pessoas com transtornos mentais.

Ainda esbarramos em algumas dificuldades. A rede de saúde é algo muito difícil, estou falando da equipe fora da rede de saúde mental. Por exemplo, um atendimento ambulatorial é muito difícil porque as pessoas acham que o paciente tem só “problema de cabeça”. Às vezes o paciente está com um problema de visão, algo que é clínico, e eles não querem nem saber já acha que é sintoma psiquiátrico e manda para o CAPS (Fernanda, psicóloga).

Ramminger (2009), também constata fatos como este no desenvolvimento de sua pesquisa e aponta que a falta de condições de trabalho em Saúde Mental que também é salientada no presente estudo, integra uma herança que acompanhou o hospital psiquiátrico desde sua fundação e parece estar ainda presente nos novos serviços de Saúde Mental.

Além disso, há uma outra questão que merece destaque e que já foi levantada por Dejours (1986) que diz respeito à exploração da ideologia dos trabalhadores. Observa-se com a realização da pesquisa que o uso de si é explorado, por meio do não reconhecimento e consequente não investimento financeiro na área de Saúde Mental, já que os profissionais têm mantido o serviço funcionando mesmo com a falta de condições necessárias (falta de materiais, de infraestrutura, de pessoal). É como se fossem militantes de uma causa e não apenas funcionários de um serviço público. O trabalhador militante, como pontuado por Ramminger (2005), acaba abrindo espaço para o seu adoecimento em decorrência do intenso envolvimento afetivo, sobrecarga e desgaste cotidiano, por exigir mais tarefa e esperar que o colega também se responsabilize tanto quanto ele.

Onocko (2005), observa também que é tradicional a ideologização do SUS entre os trabalhadores da saúde, sendo este fato entendido como uma forma de entrega ao trabalho, passando por cima das limitações da realidade laboral concreta, que acabam demandando muitos esforços físicos, emocionais e sociais dos trabalhadores.

É importante refletirmos sobre os significados atribuídos ao trabalho, visto que essa ideologia dos trabalhadores da saúde pode ser um dos pontos que tornam os profissionais vulneráveis.

Como pontua Antunes (2012), apesar do trabalho ter perdido seu sentido na sociedade capitalista tornando-se estranhado, fetichizado e alienado, ele ainda é considerado uma atividade vital e constituinte da identidade do trabalhador. E, nesse sentido, quando o trabalhador é destituído da possibilidade de realizar seu trabalho como uma atividade vital, livre, com sentido e dentro das condições esperadas, o trabalhador acaba preso em uma rede de representações simbólicas que os amarram às tarefas intensificadas e desgastantes. O fato

da profissão em saúde ser idealizada e construída historicamente como uma vocação ou missão acaba potencializando suas chances de alienação e exploração.

Se por um lado a profissão acaba perdendo seu encanto diante das condições precárias, por outro ainda é possível perceber elementos de idealização e reconhecimento por parte dos profissionais. As participantes do estudo destacam que apesar das dificuldades apontadas na realização de um serviço com recursos muito limitados, encontram o reconhecimento no trabalho por meio da gratidão e melhora dos usuários.

A gente cansa e tudo, mas é o contato com os pacientes que mais me deixa feliz. Tem paciente que exige muito da gente, chama sem parar, mas eu gosto, gosto de ver o carinho, o vínculo que eles têm com a gente. E até o tempo parece que passa mais rápido quando eles demandam muito da gente. A satisfação está em ver a melhora deles, não tem coisa melhor do que perceber que o que você faz de alguma maneira está ajudando alguém. A melhora deles é algo fantástico e muito gratificante para todos os profissionais (Beatriz, técnica de enfermagem).

Tem questões aqui que são muito difíceis de lidar, como o salário, as condições de trabalho que não são as mais adequadas, mas o trabalho em si eu gosto muito, principalmente a lida com os pacientes, especialmente os com transtornos mentais graves. É muito bom você ver seu trabalho dar resultado para alguém, ver as pessoas melhorando, tendo uma qualidade de vida melhor é muito satisfatório, é gratificante (Fernanda, psicóloga).

Ver o paciente tendo resultado é muito bom, principalmente o bipolar, porque quando ele melhora ele realmente melhora muito, é bem visível e muito prazeroso você ver toda a estruturação de um paciente. Você vê a mudança na família que essa melhora proporciona, como eles ficam gratos por isso. Mas ao mesmo tempo bate um cansaço muito grande, é um trabalho que cansa muito mentalmente porque é uma carga de energia muito grande lidar com o paciente que está muito mal, muito angustiado (...) no final do dia você se sente sugado e acho que isso é comum para todos os profissionais (Giovana, assistente social).

Observa-se que na ausência de reconhecimento por parte da gestão, relacionada ao salário e às condições materiais satisfatórias, os profissionais acabam colocando o foco na gratidão. No entanto, a gratidão é um elemento ambíguo, pois ao mesmo tempo em que proporciona satisfação ao profissional em outros momentos representa uma demanda pelo serviço por parte do usuário e que sobrecarrega o profissional como relatado pelas participantes (Molinier, 2006).

3.6. O trabalho em equipe e o relacionamento entre os trabalhadores

Ao falarmos do campo da saúde mental, é fundamental considerarmos o trabalho em equipe para a promoção de transformações das práticas substitutivas ao modelo hospitalocêntrico, visto que com essa prática cria-se a possibilidade de construção de uma visão ampliada sobre as inúmeras questões que o cuidado aos usuários da saúde mental coloca aos trabalhadores (Bichaff, 2006). No entanto, a possibilidade dessa prática só pode ser alcançada se considerarmos uma equipe capaz de conversar, articular ações conjuntamente e construir novos saberes e novas práticas.

Para Dejours (1992) quando o trabalho realizado tem a possibilidade de ser discutido, favorecendo a ética das relações e avaliações, ele acaba gerando confiança entre os trabalhadores. No caso específico do CAPS, o espaço que os profissionais têm para discussão e troca de experiências é considerado fundamental para fortalecer a equipe e os trabalhadores individualmente, visto que é nesse espaço onde se encontra o olhar dos pares sobre as atividades desenvolvidas e também onde o trabalhador encontra maior visibilidade (Lancman, 2008).

O espaço de discussão no CAPS é a reunião semanal na equipe, sendo que este é o momento de convivência entre os profissionais, de trocas de modos de trabalhar, de trocas afetivas, de debates e de reconhecimento seu e do outro.

Quando reunimos a equipe todos têm a possibilidade de questionar o trabalho do outro, sugerir alguma mudança ou uma nova forma de fazer as coisas. Acho que isso é um dos pontos fortes do nosso trabalho, ter a possibilidade de ouvir a visão de outras pessoas sobre o nosso trabalho e crescer com isso (Fernanda, psicóloga).

Com as reuniões você percebe que seu trabalho é importante, na verdade que de todos os colegas são. Nunca vivi uma situação de desrespeito com a minha profissão aqui. E é essa noção de que todos são importantes aqui dentro que permite que o serviço funcione como uma equipe (Giovana, assistente social).

Quando falo de alguma questão que está me deixando insatisfeito na reunião, quando compartilho algo com a equipe e isso funciona, resolve o que precisa ser resolvido, é muito bom. Eu trabalho mais tranquilo, deixa o dia a dia mais fácil (João, médico psiquiatra).

Entretanto, neste estudo algumas barreiras também foram encontradas e que, em partes, impedem que a reunião neste CAPS funcione efetivamente como um momento de enfretamento dos problemas e de reconhecimento.

Nas reuniões é difícil, como cada um tem uma opinião às vezes a gente nem é ouvido. Para mim fica sem sentido fazer reuniões, já que não vão considerar o que eu falo mesmo. Eu sei que é difícil se todo mundo for falar, mas deveriam pensar em alguma maneira de fazer isso funcionar. Pra que ter reunião se a minha opinião nunca conta? (Beatriz, técnica de enfermagem).

Nas reuniões sinto que meu trabalho é respeitado, mas valorizado não. Às vezes você mostra para a equipe que determinada ação não está funcionando e acaba não sendo bem vista pelo grupo (Isabela, enfermeira, coordenadora da enfermagem).

A opinião dos outros colegas é complicada. Cada um tem uma opinião de como fazer as coisas e isso é complicado. Se você está escalado para trabalhar na medicação sempre tem um para falar que você não está fazendo direito ou para falar que você é lenta. Se você está escalada para a higienização dos pacientes é a mesma coisa. É muito difícil ter que lidar com isso porque você tem a sensação de que nunca é boa o bastante para ninguém. Mas já estou acostumada sabe, tento não importar mais (Carla, técnica de enfermagem).

Diante disso, destaca-se que as relações interpessoais aparecem como um fator de extrema relevância no ambiente de trabalho. Com os depoimentos foi possível observar dois posicionamentos distintos: ao mesmo tempo em que a atuação em equipe era sentida como um ponto de apoio, de alívio e de espaço de cuidado, também existiam queixas de conflitos interpessoais, de injustiças na responsabilização pelo trabalho e de dificuldades para se chegar a um consenso. É importante destacar que a equipe tem um papel fundamental para produção do trabalho nos CAPS, visto que, como pontua Guljor (2003, p. 146) “na busca de um modelo que rompesse com o paradigma manicomial, a noção de equipe era determinante”. Nesse sentido, concordamos com a autora que a construção do novo modelo de assistência em saúde mental necessita de uma atuação mais plural por parte dos profissionais. Por esse motivo, a equipe surge como uns dos instrumentos-chave no cenário dos CAPS. Diante disso, “não é difícil imaginar que o entrelaçamento de visões distintas gera conflitos”, como também traz o enriquecimento e o desafio de construir “estratégias baseadas em pactuações do grupo”, consequentemente, desenvolvendo a clínica institucional, fruto dessa dinâmica de relações (Guljor, 2003, p. 85).

No estudo realizado por Abelha et al. (2008) foi evidenciado que uma das principais fontes de satisfação no trabalho realizado no CAPS é justamente o suporte fornecido pelos colegas de equipe. Pensando nisso, alguns dos profissionais do CAPS estudado, particularmente da Enfermagem, ao invés de sentirem minimizado o impacto

negativo atribuído ao trabalho provavelmente experimentam seu inverso, diante das situações relatadas.

Com a fala das participantes é possível perceber que há falta de comunicação no trabalho entre a equipe, evidenciando uma fragmentação da equipe que funciona por justaposição de ações e não por articulação.

Os profissionais aqui são de se envolver com o trabalho, hoje em dia nem tanto diante do processo das demissões porque deu uma desmotivada geral. Mas quanto a isso as pessoas sempre foram unidas, de tirar do próprio bolso para suprir alguma necessidade daqui, mas com relação ao trabalho em equipe eu sempre vi uma dificuldade. Mas acho que isso também tem a ver com as diferenças nas áreas, por exemplo, a enfermagem realiza um trabalho mais imediatista, com resultados para ontem, já a psicologia já trabalha à longo prazo, então nossas áreas não conseguem se articular (Isabela, enfermeira, coordenadora da enfermagem).

Acho que faltam algumas coisas para trabalharmos como equipe, mas principalmente falta compartilharmos conhecimentos. Cada profissional aqui poderia melhorar se tivesse a possibilidade de aprender com outra área, por exemplo, conversar com o médico ou com a assistente social. Compartilhar mesmo os saberes. Mas aqui não temos isso não. Conseguimos conversar um pouco dentro da nossa própria equipe (Ana, técnica de enfermagem).

Ter um espaço para que os profissionais de saúde aprendam a lidar com questões emocionais geradas pelo ambiente de trabalho, pode contribuir para o alívio de tensões. Osório (2003) corrobora com essa ideia ao pontuar que a equipe precisa ser estimulada a reciclar conteúdos e sentimentos relativos ao trabalho, tendo por base sua própria competência relacional. O convívio relacional é fonte de apoio bem como de conflitos. Portanto, “a falta de integração da equipe e de espaços de escuta e reflexão podem ser identificados como fatores que contribuem para o adoecimento dos trabalhadores” (Ramminger, 2005, p. 85).

Bichaff (2006) observa que o trabalho em equipe é a maneira encontrada para tentar enfrentar a divisão do trabalho inerente aos avanços tecnológicos da produção capitalista. A atenção em saúde acabou sendo fortemente modificada pelos processos de especialização, que culminaram em ações fragmentadas que necessitam de articulação para a promoção de um resultado satisfatório.

Nesse sentido, é de suma importância que a equipe de saúde mental, diante das premissas da Reforma Psiquiátrica, seja capaz de construir de forma coletiva processos criativos para superação das diferenças técnicas e sociais que, pelo que foi observado com as falas das participantes, estão em conflito no seu interior.

É interessante notar que com a fala anterior de Carla é possível perceber claramente a lógica da organização capitalista na saúde, neste caso específico relacionado ao trabalho dos técnicos de enfermagem caracterizando um trabalho fragmentado e parcelado em várias atividades. Nesse sentido, como já observado anteriormente por Gonzáles e Beck (2002), o trabalho dos trabalhadores da saúde possui forte relação com a gênese do processo capitalista, uma vez que apresenta características como a fragmentação e dicotomia, destinando dessa forma o trabalhador menos qualificado para os trabalhos mais pesados e com salários menores. A observação dos autores é reafirmada nesta pesquisa, pois o trabalho da enfermagem é claramente hierarquizado e fragmentado, em que a coordenadora da enfermagem Isabela é responsável por montar as escalas de trabalho e fiscalizar a execução do trabalho pelos técnicos.

Gonçalves (1992), ao esclarecer sobre o processo de divisão do trabalho na área de saúde, pontua que o saber médico manteve um lugar central, mantendo inclusive controle sobre seu trabalho intelectual enquanto que as funções consideradas manuais foram sendo atribuídas à outros trabalhadores, produzindo dessa maneira hierarquizações sociais.

O autor observa ainda que há dois tipos de divisões do trabalho médico, denominadas de divisão vertical e horizontal. Na chamada divisão vertical, ocorre o desdobramento entre trabalhos considerados mais intelectuais e mais manuais, já no caso da divisão horizontal temos a divisão de saberes médicos em especializações e também a agregação de outros profissionais em funções complementares, como no caso da enfermagem, ou diante da necessidade de ampliação do campo da medicina, no caso dos psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, entre outros.

Nesse sentido, a divisão do trabalho na área da saúde criou uma fragmentação na sua dimensão intelectual, favorecendo a individualização dos trabalhos especializados e criando em cada área processos de trabalho específicos. É notável que algumas áreas se mantiveram em alinhamento com o objeto tradicional da medicina, produzindo intervenções sobre o corpo, enquanto que outras áreas se aproximaram mais das ciências humanas e sociais, como a psicologia e o serviço social (Gonçalves, 1992).

A fala, a seguir, também ilustra o parcelamento das tarefas na enfermagem:

A nossa escala muda a cada quinze dias. Tem quinzena que sou designada para a higiene, então minha função é cuidar da higienização dos pacientes, ficar de olho neles, mas tem muitos aqui que não conseguem cuidar da própria higiene então tenho que dar banho, por a mão lá mesmo e ajudar. Hoje estou escalada para a ambulância e o que tenho que fazer é acompanhar o motorista da ambulância para buscar ou levar pacientes para o hospital psiquiátrico da UFU ou levar pacientes que precisam fazer algum tipo de exame (Ana, técnica de enfermagem).

Ainda neste sentido, os achados do estudo de Elias e Navarro (2006), confirmam que as tarefas mais técnicas e consideradas socialmente mais qualificadas por serem uma herança da prática médica são geralmente realizadas pelas enfermeiras, responsáveis pela coordenação dos trabalhos dos técnicos que, por sua vez, são responsáveis pela realização do trabalho menos qualificado, passando inclusive mais horas com os pacientes. Assim, as tarefas realizadas pelos técnicos de enfermagem são mais intensas, repetitivas, socialmente e financeiramente menos valorizadas.

Uma das piores coisas, na minha opinião, é a escala. Dentro de um CAPS não se pode trabalhar assim, você precisa ir além de uma escala. Se hoje estou escalada para aferir pressão é só isso que faço, se amanhã aplico o haldol é só aplicar haldol minha tarefa. Então se fulano da medicação estiver sem fazer nada e precisarem de alguém para ajudar a arrumar os leitos ele não vai porque não está na escala. Então é tudo muito controlado, isso não é um benefício, eu vejo a escala como uma deficiência. As pessoas poderiam ser mais proativas sem uma escala rígida como essa. Mas isso não é só na enfermagem, com os outros profissionais é assim também, cada um dentro do seu quadrado fazendo aquilo o que é de sua especialidade, por exemplo a assistente social tem mil possibilidades de atuação aqui dentro e, no entanto, se limita a falar com a família, ver questões sobre emprego (Débora, técnica de enfermagem).

Com a fala crítica de Débora podemos perceber a insatisfação causada pelo modo como o processo de trabalho esta organizado. Além disso, essa fala indica os papéis rígidos que os trabalhadores de diferentes categorias desempenham. Diante desse quadro pode-se pensar na fragmentação do processo terapêutico, visto que cada profissional se responsabiliza por questões ligadas somente a sua especialidade.

Quando analisamos a divisão do trabalho e a fragmentação das atividades em saúde nos deparamos com uma contradição entre autonomia e interdependência, visto que, de um lado os trabalhadores conduzem seus processos de trabalho parcelares com autonomia, e por outro lado, para o alcance de um produto final é necessário a integração com as ações de outros profissionais, o que como observado com as falas dos profissionais não tem efetivamente acontecido. Assim, o trabalho em equipe ainda se encontra diante dessa contradição.

O trabalhar em equipe nem sempre funciona, da minha equipe só eu costumo fazer questão de estar nas reuniões com os outros profissionais, quase ninguém quer fazer esse diálogo com os profissionais de outra área. Os que estão há mais tempo aqui são os mais enrijecidos, pouco partilham, não há comunicação (Débora, técnica de enfermagem).

Diferente de Débora, há profissionais que entendem como benefício a realização de um trabalho parcelado e fragmentado, pois esta seria uma forma de cada um saber qual é sua responsabilidade:

Aqui trabalhamos com escalas e tem sido bom, porque você chega olha a escala e já sabe o que você tem que fazer, então acaba funcionando. Recentemente a chefe da enfermagem saiu de férias e ficamos sem escala e virou uma verdadeira bagunça, muita gente acabava fazendo a mesma coisa, tinha coisa que ficava sem fazer e você recebia cobranças de coisas que nem sabia que tinha que fazer. Então a escala é bom para cada um saber qual sua responsabilidade (Carla, técnica de enfermagem).

Como observa Bichaff (2006), no campo de saúde mental, considera-se fundamental a realização de um trabalho em equipe para a consolidação de práticas substitutivas ao modelo hospitalocêntrico e, assim, construir uma visão ampliada sobre as várias questões que o cuidado aos usuários coloca aos trabalhadores. Esta expectativa só poderá efetivamente ser alcançada se a equipe conseguir conversar, articular suas ações conjuntamente e construir novos saberes e práticas.

3.7. O conhecimento sobre a Reforma Psiquiátrica

Considera-se a Reforma Psiquiátrica como um processo histórico que transformou o campo da saúde mental a partir da construção de novas práticas em um serviço completamente reformulado para extinguir as práticas manicomiais. Nesse sentido, quando pensamos em novas práticas pensamos na necessidade de uma revisão crítica dos saberes hegemônicos e a construção de novos saberes que possibilitem novas práticas.

Diante disso, considerou-se necessário investigar junto aos profissionais qual o conhecimento eles tinham a cerca da Reforma Psiquiátrica e como as transformações preconizadas pela Reforma incidem sobre o trabalho desenvolvido no CAPS.

No depoimento dos profissionais foi possível perceber desconhecimento sobre a Reforma Psiquiátrica ou sobre a política de saúde mental, indicando que este é um tema que deveria ser investigado:

Esse é meu primeiro emprego na área da saúde. Eu sou técnica de enfermagem, mas nunca tinha exercido a profissão antes. Na cidade onde eu morava eu era concursada da área da educação e há 13 anos trabalhava com educação. Depois precisei mudar para cá com minha filha e comecei a trabalhar aqui. No começo foi muito difícil porque eu tinha medo, não sabia como os usuários agiam. (Carla, técnica de enfermagem).

Já trabalhei em um hospital antes de vir para cá, atuei em diferentes setores nesse hospital, mas com saúde mental aqui foi minha primeira experiência. Mas meu sonho sempre foi atuar em CAPS, desde a época do meu curso técnico. Então vir para cá foi uma satisfação, mas quando você chega você se depara com uma outra realidade, porque não é a mesma coisa que atuar num hospital, saúde mental é outra coisa. O que aprendi sobre saúde mental foi aqui com os colegas mesmo, você entra e vai aprendendo com os que já estão há mais tempo (Débora, técnica de enfermagem).

A gente vai aprendendo a trabalhar com saúde mental com quem já está aqui trabalhando. Às vezes recebe um treinamento ou outro, mas não temos nada sistematizado. Ainda não, mas deveria ter. Depois que comecei a trabalhar aqui fui fazer uma especialização em saúde mental, mas eu percebi que não foi suficiente porque eu aprendi a trabalhar com saúde mental de uma maneira geral, não temos nada específico para o dia a dia do CAPS. Mesmo estando aqui há mais de 5 anos ainda sinto necessidade de atualizações, supervisões que me ajude e aos outros colegas também no dia a dia (Fernanda, psicóloga).

Quando eu entrei no primeiro CAPS que trabalhei, anterior a este, não havia nenhum tipo de treinamento, acho que ninguém é treinado para trabalhar no CAPS, eu nunca ouvi. No meu caso, fiquei um ano como estagiária e aprendi a função com as pessoas que já estavam lá (Giovana, assistente social).

Com esses depoimentos é possível perceber que há, de fato, necessidade de investir em programas que possam capacitar os profissionais a atuar no campo da saúde mental. Percebemos que as demandas para a implantação das capacitações são importantes tanto para os profissionais recém-chegados ao serviço, pois, inicialmente, até mesmo pela falta de preparação durante a formação, ficam inseguros e confusos, mas também para aqueles que já trabalham há mais tempo nesse tipo de serviço e ainda sente falta de treinamentos, capacitações, supervisões que os auxiliem no cotidiano e também a ajustarem suas práticas com as premissas da Reforma Psiquiátrica.

Outros depoimentos evidenciam a necessidade de criação de espaços de formação para quem chega ao serviço ou cursos que preparem os profissionais a lidar com as situações do cotidiano.

Quando comecei a trabalhar aqui não tive nenhum curso, capacitação ou treinamento não. Quando cheguei me falaram as regras, o que tinha que fazer. Fui me adaptando e depois me acostumei e gosto muito, aqui até me chamam de psicóloga porque gosto muito de conversar com os usuários, sempre que eu chego já tem alguém me esperando querendo conversar (Carla, técnica de enfermagem).

Sinto falta de orientação aqui no CAPS voltadas para nosso dia a dia, todos aqui precisam de treinamento, reciclagem, as coisas são pesadas e muitos profissionais

aqui nunca trabalharam com saúde mental (Isabela, enfermeira, coordenadora de enfermagem).

A gestão pública deveria criar espaços de formação antes de colocarem a pessoa para trabalhar em um CAPS porque quem não tem conhecimento sobre saúde mental acha que isso aqui é um bicho de sete cabeças, ficam com medo. Eu mesma já precisei conversar com muitos novatos aqui para tirar da cabeça deles essa coisa que CAPS é lugar perigoso e de doido (Emília, psicóloga).

De acordo com Cerqueira (1996), no campo da saúde mental, é possível notar ainda o distanciamento entre a assistência e o ensino, “onde uma série de propostas e novos dispositivos são pensados, construídos, mas seus profissionais, em sua maioria, continuam se formando nas velhas práticas” (p. 60). É preciso ensinar as bases teóricas, mas ao mesmo tempo introduzir novos cuidados e relações.

Outra dificuldade apontada pelos profissionais diz respeito ao sentimento de desvalorização do trabalho devido a falta de investimentos em capacitação e treinamentos.

Acho que o trabalho é muito desvalorizado e isso me angustia e parece que todo investimento é o próprio profissional que tem que fazer, tipo uma supervisão ou um curso é tudo por minha conta, eu tenho que pagar. Então acho que o que mais me causa sofrimento no trabalho é a sensação de falta de respaldo ou de abandono mesmo, porque isso envolve todos os problemas que enfrentamos aqui, desde a falta de matérias simples como cola, cartolina até a necessidade de uma capacitação para melhorar o serviço (Fernanda, psicóloga).

Até um tempo atrás a equipe pagava um pessoal de Belo Horizonte que vinha aqui a cada 15 dias para dar supervisão. Isso era muito bom porque nós lidamos com casos que é necessário uma orientação, uma supervisão. Mas as pessoas foram ficando apertadas e precisamos parar já que a prefeitura não quis colaborar (Emília, psicóloga).

Observa-se que a ausência de treinamentos e aprimoramentos é um representante da falta de incentivos da Prefeitura na Saúde Mental. Os profissionais buscam por qualificação por interesses próprios.

Esse fato acaba contradizendo o que postula o campo da política de saúde mental, visto que seus princípios e diretrizes preconizam a valorização da importância do trabalhador de saúde mental na produção do ato de cuidar. Fato que pode ser observado no Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental no ano de 2001, onde foram discutidos os instrumentos para construção e consolidação de uma política adequada de recursos humanos que fosse coerente aos princípios da Reforma Psiquiátrica. Essas ações além de necessárias

buscam garantir aos profissionais os seguintes programas estratégicos: capacitação e qualificação continuada; remuneração justa aos profissionais; garantia de condições de trabalho e de planos de cargos, carreira e salários; democratização das relações e das discussões em todos os níveis de gestão, contemplando os momentos de planejamento, implantação e avaliação; garantia de supervisão clínica e institucional; avaliação de desempenho e garantia da jornada de trabalho adequada para todos profissionais de nível superior; desenvolvimento de estratégias específicas para acompanhar e tratar da saúde mental dos trabalhadores de saúde; criação de programas de saúde mental no âmbito da administração municipal para os funcionários e servidores portadores de sofrimento psíquico (Ministério da Saúde, 2001).

Contudo, é importante destacar que existem programas e projetos já ratificados no campo das políticas públicas para os trabalhadores de saúde, mas parece haver ainda uma lacuna entre a realidade prática das ações e as necessidades existentes. Ramminger (2005), em seus estudos, verificou a existência de poucas ações voltadas ao servidor público e falta de políticas públicas organizadas para esse setor. Assim, percebe-se que o não-investimento nessa área reflete nos atendimentos desses serviços, ficando somente ao encargo de cada gestor o funcionamento e o acolhimento das questões relacionadas à saúde no trabalho.

Outro fator que merece destaque diz respeito às dificuldades de trabalhar com colegas que não estão preparados tecnicamente para atuar na saúde mental. Esse é um dos fatos que acaba refletindo alguns dos obstáculos no relacionamento entre a equipe e a carência de capacitação para os profissionais atuarem no campo da saúde mental. Essa situação impede a integração da equipe e facilita a formação dos subgrupos. Aliam-se a esse quadro as dificuldades que se estabelecem na equipe pela falta de preparo e capacitação de alguns profissionais e a ausência de políticas públicas que consigam modificar tal situação.

Eu percebo que sou um pouco deixada de lado, como sou nova aqui e sabem que não sei muito sobre o trabalhar na saúde mental não fazem muita questão de me incluir nas discussões da reunião, é como se não contasse pra nada minha opinião. (Carla, técnica de enfermagem).

Pensando o estágio atual da Reforma Psiquiátrica e da formulação de políticas públicas de saúde mental no Brasil, os CAPS são hoje os dispositivos de transformação do modelo de atenção, a partir da construção de práticas coerentes com o que se espera de atenção, inclusão social e exercício dos direitos de cidadania para as pessoas com transtornos mentais. Diante disso, verifica-se a necessidade emergente de qualificação da equipe para

possibilitar a construção de novos processos de trabalho e a criação de espaços para reflexões e críticas sobre suas práticas. E como observa Bichaff (2006), o caminho para superar as contradições está na possibilidade de reconstrução dos saberes, dos instrumentos e também da prática, ou seja, novos processos de trabalho traduzidos em práticas coerentes com as necessidades de transformação da atenção às pessoas com transtornos mentais.

Sendo assim, grupos de estudos e até mesmo a reunião de equipe pode atuar como uma opção estratégica para melhorar o cotidiano de trocas e saberes entre os profissionais. Essas estratégias podem auxiliar no cotidiano do CAPS no sentido de diminuir a lacuna da falta de preparo que alguns profissionais sentem na atuação nos CAPS, até mesmo com informações básicas sobre as propostas da reforma psiquiátrica e as formas de atendimento, colocando os profissionais em maior sintonia de pensamentos, críticas, avaliações e objetivos comuns.

3.8. A situação dos terceirizados

Os estudos de Druck (2016) destacam que a terceirização no Brasil tem suas raízes na revolução industrial. Contudo, ao longo da histórica evolução do trabalho, foi se transformando e redefinindo a sua centralidade. Nos últimos 40 anos, o processo de terceirização passou a fazer parte dos processos de reestruturação produtiva, na qual o modelo toyotista japonês é a maior referência. Diante disso, somado com a mundialização do capital, a terceirização passou a ser a forma mais utilizada e também a mais eficiente de flexibilização do trabalho para o capital, que a coloca como sendo um marco da modernidade empresarial e das novas bases de competitividade mundial.

Quando se olha especificamente para a questão brasileira, a terceirização apareceu no contexto de trabalho como decorrente do trabalho rural, por meio do sistema “gato” que objetivava a contratação de trabalhadores sazonais, flexíveis e de acordo com as necessidades das safras. Nos anos iniciais do desenvolvimento urbano-industrial, com a implantação das fábricas, a terceirização ocupou um lugar secundário. Contudo, com a chegada das indústrias de bens duráveis, com grande destaque para o setor automobilístico, a terceirização tornou-se parte da estrutura produtiva e passou a crescer (Druck, 2016).

A autora destaca que é na década de 1990, no momento da implantação de políticas neoliberais no Brasil, marco da reestruturação produtiva, que a terceirização se torna um novo fenômeno no âmbito da acumulação flexível.

Num quadro em que a economia está comandada pela lógica financeira sustentada no curtíssimo prazo, as empresas buscam garantir seus altos lucros, exigindo e transferindo aos trabalhadores a pressão pela maximização do tempo, pelas altas taxas de produtividade, pela redução dos custos com o trabalho e pela “volatilidade” nas formas de inserção e de contratos. É o que sintetiza a terceirização, que, como nenhuma outra modalidade de gestão, garante e efetiva essa “urgência produtiva” determinada pelo processo de financeirização ao qual estão subordinados todos os setores de atividade, já que são também agentes e sócios acionistas do capital financeiro (Druck, 2016, p. 36).

É neste contexto que a terceirização passa a ter uma posição central e ampla para todas as atividades e tornar uma prática de suma importância para todo tipo de empresa, na indústria, nos serviços públicos e privados, no comércio, enfim em todo tipo de trabalho.

No ramo empresarial, a terceirização passa a ser defendida como sendo um marco na modernização organizacional, uma expressão natural do próprio sistema capitalista: a especialização decorrente da divisão do trabalho (Druck, 2016).

A Associação Nacional das Empresas Promotoras de Crédito e Correspondentes no País (ANEPS) tem sido umas das principais defensoras da terceirização e realizando uma intensa campanha pela aprovação do PL30, pontuando que “no serviço especializado, como na Ciência, quanto mais se descobre e quanto mais especialista o mundo se torna, mais subdivisões de especialidades do conhecimento são necessárias” (Notícias, 24/08/2016 in: www.diap.org.br).

Conforme destaca Druck (2016) o PL30 permite a terceirização para qualquer tipo de atividade, sem nenhum tipo de diferenciação entre atividade-meio e atividade-fim. Sendo assim, qualquer atividade, inclusive aquela que é própria ou especialidade da contratante poderá ser terceirizada, mostrando como é falso o argumento de que uma das principais justificativas para a terceirização é a especialização ou focalização.

É interessante destacar que a Confederação Nacional da Indústria (CNI) em uma matéria especial sobre a temática da terceirização publicou em 2009 que 91% das empresas que terceirizavam apontavam que a redução de custos era a principal motivação para a escolha de terceirizar; 58% das empresas destacavam como maior problema da terceirização o fato de que a qualidade se torna menor do que a esperada enquanto que 50 % delas apontavam para custos maiores do que o esperado e insegurança jurídica como os principais problemas em terceirizar (CNI, 2009).

Além disso, a CNI em seu documento “101 propostas de modernização trabalhista” de 2012 também ressalta como parte essencial a modernização do trabalho, mudando de maneira radical a legislação trabalhista, visto que a considera ultrapassada e fora de época:

“Para promover a modernização trabalhista no Brasil, é preciso observar que modelo de relações do trabalho o país deseja para o futuro. Não é difícil encontrar convergências em torno da ideia de substituir o modelo atualmente em vigor por outro que privilegie a negociação, calçado na representatividade dos atores e capaz de se adequar as diferentes realidades e maximizar os ganhos para as empresas, os trabalhadores e o país. Um sistema trabalhista moderno é formado por uma base legal que trata dos direitos fundamentais e estabelece as regras do processo de diálogo entre as partes envolvidas, sendo o restante definido por negociações que levem em consideração especificidades setoriais, regionais e mesmo de cada empresa e de cada trabalhador. Nesse sentido, seria preciso substituir um modelo que quase tudo é definido em lei e muito pouco é negociado, por um outro que privilegie a negociação e reduza a tutela estatal homogênea” (CNI, 2012, p. 18).

Diante disso, destaca-se que a legislação específica para a terceirização reivindicada pelos empresários tem um significado muito claro, conforme os termos do Projeto de Lei: liberar a terceirização para todas as atividades, permitindo as redes de subcontratação e condicionando a responsabilidade solidária das empresas. Resumindo, o PL30 busca abolir qualquer limite para a terceirização, acabando com qualquer regulamentação que exista ainda nos dias de hoje. Trata-se de extinguir qualquer ação de proteção por parte do Estado aos trabalhadores, no mesmo espírito de defesa do fim da CLT (Druck, 2016).

A autora destaca ainda que mais do que reduzir custos e transferir responsabilidades pelo vínculo empregatício para terceiros (a empresa contratada), a terceirização também representa uma motivação política para a classe de empresários: a fragmentação dos coletivos de trabalho, a criação de uma divisão e discriminação entre os trabalhadores, que leva à concorrência entre eles, como se existissem os de primeira e segunda categoria. Essa situação acaba incidindo diretamente sobre a organização coletiva e sindical, visto que ocorre uma dispersão dos sindicatos, visto que os trabalhadores de uma

mesma empresa passam a ser representados por vários sindicatos, criando fragilidades nas lutas sindicais.

O atual momento político que o Brasil enfrenta se caracteriza como um período de grande risco para a democracia brasileira e para o coletivo de trabalhadores, visto que o país atravessa um momento em que o movimento conservador se fortalece e ameaça direitos e avanços sociais, numa onda de destruição de instituições típicas da democracia. Isso é claramente representado pelo impeachment da presidente da república, e o que expressa a composição do Congresso Nacional, um Congresso de maioria conservadora, cujos parlamentares votam sem conhecer e outros defendem, a mando dos empresários que financiaram sua eleição, que o PL 4330 vai ser a medida certa para legalizar e garantir direitos para 12 milhões de trabalhadores terceirizados no Brasil atualmente (Druck, 2016).

O que os empresários e parlamentares que defendem o PL 4330/PL30 deixam de lado é justamente o fato de que a liberação da terceirização vai inverter completamente a relação, pois poderá atingir não os atuais estimados 26% dos trabalhadores terceirizados, mas 80% a 90% dos trabalhadores brasileiros, difundindo as condições de precariedade em que trabalham os terceirizados hoje, que serão reproduzidas para todos os demais trabalhadores (Druck, 2016).

3.8.1. A terceirização no contexto brasileiro

Os primeiros estudos sobre a terceirização no Brasil começaram na década de 1990, quando o modelo de gestão toyotista se espalhou pelo país e com ele as redes de subcontratações (terceirização), sendo uma das práticas principais desse modelo de gestão. A maioria das pesquisas teve como foco o setor industrial, especialmente na área automotiva, química e petroleira. Com a chegada da década de 2000, as pesquisas ultrapassaram o setor industrial e passaram a analisar o setor de serviços, principalmente a terceirização no setor bancário. É neste período que a terceirização se espalha de maneira desenfreada, indo em todas as direções e destacando-se no setor público e nas empresas estatais, o que pode ser facilmente compreendido devido à adoção de políticas neoliberais que em nome de sucessivos ajustes fiscais, suspenderam concursos públicos e passaram a contratar servidores através da terceirização - contratação de estagiários, de cooperativas, Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), ONGs, especialmente na área de saúde, internalização ou transferência de serviços públicos para o setor privado e subcontratação de empresas privadas (Druck, 2016).

Os estudos de Pochmann (2012), para o Estado de São Paulo, confirmam como cresceu a terceirização neste período, ao destacar o crescente número de trabalhadores formais em atividades terceirizadas, que passou de 110 mil em 1995 para mais de 700 mil em 2010. No período 1996-2010 o crescimento médio anual do emprego formal terceirizado foi de 13,1% ao ano.

É importante destacar que os setores pesquisados na década de 2000 (bancários, *call centers*, automotivo, petroquímico, petroleiro, construção civil, empresas estatais de energia elétrica, comunicação, serviços públicos de saúde e educação) mostraram que além do enorme crescimento da terceirização nesses setores, a precarização também apareceu com um crescimento desenfreado, tendo destaque para os tipos de contrato, na remuneração, na rotatividade, nas jornadas de trabalho, nas condições de trabalho e de saúde e na representação sindical (Druck, 2016).

A autora destaca ainda que a desigualdade nas relações e nas condições de trabalho para os terceirizados comparativamente aos trabalhadores contratados diretamente pelas empresas é gritante. Esse fato se destaca visto que os terceirizados recebem menos, trabalham mais, têm menos direitos e benefícios, são mais instáveis e estão crescendo mais do que os demais trabalhadores, o número de acidentes e adoecimento é maior e estão sofrendo com a perda da representatividade sindical. Em resumo, no contexto da precarização social do trabalho que atinge a todos, os terceirizados estão numa condição pior que os demais.

Muitas questões poderão ser levantadas sobre a situação já mencionada dos trabalhadores terceirizados do CAPS estudado.

Inicialmente, salienta-se que os apontamentos de Santos (2007) são pertinentes ao constatar que a contratação de trabalhadores por meio de ONGs, cooperativas, fundações e outros arranjos devem ser considerados irregulares por muitos motivos, entre eles o fato de que a rotatividade gerada pelos precários vínculos empregatícios no setor de saúde proporciona um grande impacto no CAPS, já que isso causa influência diretamente na qualidade da atenção devido à falta de estabilidade da equipe. No CAPS em questão a situação fica potencialmente mais difícil em decorrência da demissão de um grande número de trabalhadores de uma vez, fato que pode ser evidenciado na fala das entrevistadas.

Temos a sensação de que o serviço está desmoronando. Porque essa coisa de vai ter concurso não vai ter concurso. E os profissionais sendo demitidos mesmo assim. (...) a minha sensação é o que será que vai acontecer com esse serviço? Mas eu vejo isso como uma sensação geral, aqui dentro todo mundo está assim.

As pessoas falam que não estão dormindo, estão tendo crises de ansiedade, você vê uma situação geral entre os trabalhadores (Fernanda, psicóloga).

Fico pensando nos pacientes, para eles se adaptarem a um novo quadro profissional não vai ser fácil. Eles já têm um vínculo com essa equipe e adaptar à outra equipe vai ser difícil. Já é complicado quando sai um ou outro imagina agora saindo tantas pessoas de uma só vez (Beatriz, técnica de enfermagem).

Eles estão desmontando um serviço que já existe mexendo dessa maneira com a estrutura. Imagina só se todas as unidades de saúde, de repente, trocarem todos os profissionais de uma vez por novos profissionais que não tem experiência, isso viraria um caos (Giovana, assistente social).

Depoimentos como estes mostram como a terceirização impacta diretamente na qualidade do serviço prestado e como acomete a saúde mental dos trabalhadores diante do desmonte de um serviço estruturado. Ressalta-se que a gravidade desse quadro nos parece ainda maior, quando a demissão dos funcionários não implica em mudança na forma de contratação por meio de realização de concurso público, visto que o que de fato houve foi a troca da empresa para contratação de trabalhadores terceirizados, que antes era a Fundação Maçônica e passou a ser a FundaSUS.

Além disso, o sofrimento que essa situação tem causado nos trabalhadores é intenso e é evidenciado não apenas nas falas dos trabalhadores terceirizados, mas também nos depoimentos de quem tem estabilidade no emprego, mas sofre as consequências desse processo:

Estou tendo insônia. Não tenho conseguido dormir quase nada. Agora por exemplo eu estou aqui, mas estou morrendo de sono, mas quando chega á noite não consigo dormir. A situação das demissões não tem como não tirar o sono da gente. Eu já até entreguei pra Deus sabe, mas não tem como não deixar a gente preocupada. E assim, não tem nada definido, alguns profissionais já foram demitidos, mas ninguém fala nada de concurso público. Não sabemos nada de datas, só ouve os comentários. Então hoje estou aqui, mas amanhã posso não estar mais. Como me programo desse jeito? Como faço planos e compromissos se não sei do meu futuro? (Beatriz, técnica de enfermagem).

Estou tão preocupada com essa situação atual do CAPS que ando perdendo o sono. É uma preocupação muito grande quando você vê que aquele serviço que você tanto se dedica está desestabilizado e você não pode fazer nada. Isso tem sido muito preocupante para mim. O difícil não é só lidar com a falta dos profissionais que já foram demitidos, mas também é difícil lidar com os profissionais que ainda estão aqui e sabem que vão ser demitidos mais cedo ou mais tarde. Esses profissionais estão vivendo uma situação limite e o medo da demissão e a insegurança tem gerado uma desmotivação geral (Fernanda, psicóloga).

Nunca tinha pensado em fazer outra coisa da vida, mas agora, com esse processo de demissão em massa ando pensando. O pessoal aqui dentro está tão desmotivado, passamos por tanta coisa para realmente criar um serviço que seja efetivo e agora vem esse processo tão sofrido (Isabela, enfermeira, coordenadora da enfermagem).

O que podemos perceber diante de uma situação concreta como essa que aconteceu no CAPS é o sucateamento do setor da saúde, visto que tanto a qualidade como a importância do trabalho realizado acaba sendo deixado de lado por interesses financeiros de terceiros. O trabalhador, enquanto ser humano envolvido com sua profissão, que vende sua força de trabalho para sobreviver é visto somente como mais uma peça em um jogo, podendo ser descartado e substituído a qualquer momento, sem considerar o que isso acarreta para sua vida, para sua saúde ou para os usuários que utilizam deste serviço de saúde. Em se tratando de serviços de saúde, especialmente de saúde mental, desconsiderar o trabalhador e as condições de trabalho à que ele é submetido é desconsiderar a qualidade do serviço a ser oferecido. Destaca-se assim que esse processo de demissões, (re) contratações por meio de outra fundação e total desconsideração pelos trabalhadores é algo que não atinge apenas o contingente de força de trabalho, mas atinge também a população que faz uso desse serviço e também sairá prejudicada.

Uma coisa é entrar um profissional que não tem experiência na área em um serviço que está estruturado outra coisa é trocar todos e de uma só vez. Aqui mesmo no CAPS nós estamos com uma psicóloga que entrou há pouco tempo e que não tinha nenhuma experiência na saúde mental porque ela só trabalhava na área organizacional, então toda a equipe tem auxiliado e aos pouquinhos ela está aprendendo tudo. Pensa se todos que entrassem aqui tivessem o perfil dela. E é isso que irá acontecer (Emília, psicóloga).

Havia ficado combinado que a gente (terceirizados) só sairia quando houvesse o concurso mesmo, mas nós ficamos sabendo que eles já vão fazer as demissões e que quando houver o concurso já vão estar todos demitidos. Não consigo nem imaginar como vai ser, porque dos profissionais que estão só aqui neste CAPS todos da equipe de enfermagem são da Fundação, todos os médicos são da Fundação, 40% dos psicólogos são da Fundação, assistentes sociais nós somos duas e eu sou da Fundação e a outra concursada (Giovana, assistente social).

Nós estamos passando pela pior época aqui, tem gente afastando por causa disso, adoecendo mesmo em receber a notícia de como as coisas vão ser, o que vai acontecer. Teve uma pessoa que pegou atestado de 3 dias depois que recebeu a notícia. Eu ainda tenho uma outra fonte de renda, tenho meu marido que trabalha também, mas tem gente que só tem esse emprego, mora sozinho e já tem mais de

50 anos e aí você percebe o desespero da pessoa, porque a gente sabe que não vai ser fácil arrumar outro trabalho (Giovana, assistente social).

É importante destacar que na situação de terceirizados, os profissionais parecem ter tomado consciência de sua condição de maior precariedade dentro do serviço somente quando o processo de demissões começou a ocorrer, fato que os afetou diretamente pela eminente perda do emprego. Anteriormente isso não era uma questão que aparecia nas reuniões ou nas queixas individuais dos profissionais. Acreditamos que essa não menção aos diferentes vínculos empregatícios dentro do CAPS está relacionada ao dilema entre a insatisfação com as condições de trabalho, com o salário e com a instabilidade e o medo de perder o emprego. Além disso, o medo de não serem aprovados no concurso público é outro fator que os leva a não questionar o vínculo empregatício.

Quando se questiona sobre a participação dos sindicatos nesse processo, os profissionais confirmam o que tem sido uma realidade crescente em todo país, a total falta de participação dos sindicatos em importantes situações como esta.

Nós temos um sindicato sim, mas nem um pouco atuante. Inclusive com essa questão das demissões, no meio do ano, junho e julho, todo mundo que é contratado da Fundação recebeu aviso prévio e todos estavam cumprindo aviso. Todos os funcionários da Fundação, um total de 2.700 funcionários da cidade de Uberlândia. E aí estava uma briga com o sindicato, mas não adiantou nada. O apoio que a gente conseguiu foi via procuradoria e por nossa conta mesma, iniciativa dos próprios funcionários (Giovana. Assistente social).

À esse respeito Franco, Druck e Seligmann-Silva (2010) esclarecem que o enfraquecimento dos sindicatos tem levado a um processo de judicialização das questões sociais (do trabalho), atribuindo uma importância suprema à instância jurídica, em particular ao Ministério Público do Trabalho e aos Tribunais Regionais do Trabalho.

Temos um elo de ligação muito interessante com o sindicato, mas só em questões como uma palestra ou alguma coisa deste tipo para fazer aqui para a instituição, então se eu preciso vem uma enfermeira e dá a palestra. Mas é só nessas questões que temos a presença do sindicato (Isabela, enfermeira, coordenadora da enfermagem).

A experiência tem demonstrado que a terceirização, assim com outras medidas flexibilizadoras, atende a um único propósito: reduzir custos, eliminar passivos trabalhistas decorrentes de condições de trabalho, com potencial altamente destruidor para a saúde dos

trabalhadores. Além disso, o terceirizado não terá acesso aos mesmos direitos, estimulando-se práticas discriminatórias, enfraquecendo, com isso, a organização sindical e a negociação coletiva.

Pode-se ilustrar essa situação ao comparar a carga horária e o salário das assistentes sociais, que desempenham as mesmas funções e têm as mesmas responsabilidades, no entanto enquanto a concursada trabalha 20 horas semanais e recebe um salário de 3 mil reais, a outra trabalhadora tem uma carga horária de 30 horas semanais e um salário inferior de 2.400 reais. Ou seja, mais carga horária e menos salário.

Informações como esta confirmam o que pesquisas anteriores já tem apontado, que há uma nítida diferenciação entre os trabalhadores terceirizados e os diretamente contratados, sendo que os terceirizados são os menos valorizados, com posição sempre inferiores dentro da empresa (Teixeira & Krein, 2016).

Os depoimentos foram bastante enfáticos ao apontar os danos causados pela terceirização. Além disso, eles não podem ser dimensionados somente dentro do ambiente de trabalho, porque acabam tendo repercussões na vida pessoal, vida familiar e profissional e na saúde dos trabalhadores.

Sendo assim, a precarização do trabalho, enquanto consequência da terceirização afeta a sociedade como um todo. De forma multidimensional, deteriora todo o tecido social, levando a um processo de desfiliação e de despertencimento social, causa direta de vulnerabilidade social.

No âmbito de uma sociedade salarial o trabalho ainda é referência para a construção das identidades sociais e porta de entrada para educação, cultura, lazer, saúde etc. Surge, portanto, uma era de precarização global que consolida a perda da razão social do trabalho, com sérios impactos no imaginário social, gerando violência e adoecimentos, caracterizando uma condição de vulnerabilidade e desfiliação social (Franco, Druck & Seligmann-Silva).

3.9. A precarização do trabalho e seus efeitos na saúde dos trabalhadores

Para refletirmos sobre as condições de saúde dos trabalhadores da saúde mental é importante a reflexão sobre o conceito do processo saúde doença, para que assim seja possível ultrapassar as considerações puramente biológicas, adicionando a situação concreta de vida como elemento fundamental que compõe este processo. Nesse sentido, rompe-se os limites

entre saúde física e saúde mental, incluindo as condições concretas do viver e tornando o trabalho o elemento central desta reflexão, já que na sociedade capitalista, identidade e atividade profissional costumam se confundir. Esta centralidade do trabalho fica clara ao observar-se que, na própria apresentação pessoal, aquilo que se faz, sua profissão não raras vezes, vem antes do próprio nome.

Como pontua Tiltoni (1994), o bem estar psíquico, sendo aquilo que protege a saúde física e também mental, está intimamente relacionada à capacidade de trabalhar e de exercer sua profissão em condições favoráveis. Sendo assim, saúde é entendida como a possibilidade de criar modos de trabalhar que transgridam as situações causadoras de sofrimento, reinventando o próprio trabalho.

Scliar (2007) observa que o conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Sendo assim, esse conceito nunca foi hegemônico, pois, tanto saúde quanto a doença dependerão de valores individuais, concepções científicas, religiosas, filosóficas, da época, do lugar, da classe social.

Canguilhem (1943/2002) em seus estudos, buscando fortalecer a crítica ao modelo biologicista de saúde e contribuindo grandemente para o desenvolvimento da saúde coletiva, destaca que normal e patológico são dois fenômenos qualitativamente opostos caracterizando forças em luta. Para o autor, a patologia não acontece de maneira semelhante em pessoas diferentes visto que, o patológico implica uma relação com um meio novo, limitado. Já a saúde implica em reação, em poder transgredir, produzir ou acompanhar uma transformação, adoecer ou sair do estado patológico. Nesse sentido, patológica é a impossibilidade de mudança, é a fixação, a obediência irrestrita à norma (Coelho & Almeida Filho, 1999). Na visão dos autores, promover saúde não é apenas criar condições de bem estar e evitar riscos, é ir além, e promover condições de escolha e reação aos sujeitos. A saúde está relacionada às possibilidades de reação, às formas pelas quais o indivíduo interage com os eventos da vida.

O conceito exposto se aproxima ao de Dejours (1986) que pontua que ter saúde é o mesmo que ter liberdade, é dar ao corpo a possibilidade de repousar, a liberdade de se alimentar quando tem fome, de dormir quando tem sono. O bem estar psíquico é a liberdade que é deixada ao desejo de cada um na organização de sua vida. E o bem estar social é a liberdade de agir de forma individual e coletivamente sobre a organização do trabalho. Nesse sentido, a saúde é cada sujeito ter condições de criar um caminho original em direção ao bem estar biopsicossocial. No entanto, as condições de vida e trabalho que são impostas pelo sistema capitalista impedem as possibilidades de escolha e também de reação dos indivíduos. Este ponto é fundamental no que se refere ao presente estudo, visto que ao trabalhador da

saúde mental não são oferecidas muitas possibilidades de escolha, ficando o sujeito subordinado às condições de trabalho oferecidas.

Canguilhem (2006), destaca ainda que a busca pela saúde acaba se tornando um desafio visto que, a saúde implica poder adoecer e sair do estado patológico. Nesse sentido, a saúde é entendida pela “margem de tolerância ou de segurança que cada um possui para enfrentar e superar as infidelidades do meio” (Canguilhem, 2006, p. 148). As possibilidades e a potencialidade para a reação e a defesa às agressões também devem ser incorporadas a qualquer proposta que pretenda discutir a saúde e a doença.

Corroborando com essa linha de pensamento, Almeida Filho e Andrade (2003), partindo do princípio de que os fenômenos de saúde-doença não podem ser definidos apenas a partir do espaço subindividual, os autores defendem o estabelecimento de uma abordagem totalizadora que respeite a complexidade dos fenômenos da vida, saúde, doença, sofrimento e morte. Os estudos de Batistella et al. (2007) também ressaltam que apenas com uma leitura interdisciplinar da realidade é possível a promoção de uma maior compreensão da realidade de saúde-doença-cuidado de uma população. A complexidade de determinantes histórico-econômicos, sociais e culturais, condicionantes e fatores envolvidos sugerem a identificação de problemas mais amplos, que não aparecem como problemas médicos quando temos uma análise tradicional. Percebe-se a limitação oferecida pelo modelo biomédico tradicional e a necessidade de incorporar elementos relativos às condições de vida para compreender o fenômeno saúde/doença.

Destaca-se ainda que na tentativa de uma construção teórica que dê conta da singularidade da relação saúde doença e o trabalho, a definição de Laurell e Noriega (1989), contribuiu grandemente para a mudança de paradigmas na medicina social. Para os autores, saúde-doença deve ser entendido como um processo social, colocando o "nexo biopsíquico como expressão concreta na corporeidade humana do processo histórico num momento determinado" (Laurell & Noriega, 1989, p. 100). Oliveira (2001) também destaca que o processo saúde-doença deve ser encarado como uma totalidade, e portanto, não deve ser reduzido ao biológico e individual, pois sua essência é o reconhecimento de seu caráter social e sua determinação histórica. Ao destacar a historicidade dos processos biológicos e psíquicos humanos, este conceito, ultrapassa o pensamento biomédico clássico, que ignora o caráter social do adoecimento. Para Laurell e Noriega (1989) o caráter social da doença se expressa no modo de adoecer e morrer dos grupos humanos, sendo ele determinado pela inserção dos grupos humanos no processo de produção, diante disso, o processo de trabalho surge como

categoria de suma importância para a análise do processo saúde doença. E sendo corpo e mente uma unidade, também o é para o estudo da relação saúde mental e trabalho.

A relação trabalho e saúde não diz respeito apenas ao adoecimento, aos acidentes e ao sofrimento. A saúde, assim como a vida e a doença, é construída no trabalho (Elias, 2014).

Toda atividade física ou mental exercida pelo homem tem repercussões sobre o seu estado funcional, implicando em alterações biológicas e mentais, seja de adaptação ou de sofrimento, que podem se manifestar de maneiras diversas a curto e a médio prazo: queixas funcionais, fadiga, doenças ou acidentes. Logo, as condições de trabalho afetarão a saúde dos profissionais.

Foi possível perceber que os entrevistados apontam efeitos na saúde relacionados diretamente à situação de precariedade do trabalho.

Tenho tido dor de cabeça com mais frequência e um pouco de insônia. Eu já tinha um pouco de insônia, mas ela piorou com o nosso problema atual com a Fundação. Tenho evitado até de pensar nesse processo para evitar ficar muito preocupada, mas não adianta. Os problemas normais que a gente já passa aqui, a carga horária que eu acho muito pesada ainda mais agora com tanta falta de pessoal isso tudo tem contribuído para piorar o estado de ânimo dos funcionários. Já é desgastante trabalhar com tanta dificuldade, e para piorar vieram essas demissões (Ana, técnica de enfermagem).

Mendes, Morais e Mendes (2011) destacam que tanto o desânimo com o trabalho como a insatisfação são fatores que contribuem na situação de sofrimento do trabalhador e, quando somado ao cansaço vivenciado pela sobrecarga do trabalho acabam tornando-se fatores determinantes no desgaste mental dos profissionais em instituições de saúde mental.

O sofrimento decorrente do trabalho agrava-se com a coexistência do sentimento de medo devido a insegurança de um trabalho incerto. Consolida-se no imaginário social a noção de descartabilidade das pessoas, de naturalidade da insegurança, ancorada na fragilização dos vínculos, nas rupturas das trajetórias profissionais, na perda da perspectiva de carreira (Antunes, 2000).

Muitas vezes a preocupação com o trabalho, o medo de chegar aqui no dia seguinte e ser demitido e o cansaço tudo isso acaba afetando a gente sabe. Eu percebo que fico mais nervosa, sem paciência. Dói muito a cabeça, causa insônia. É um estado de estresse mesmo, principalmente por causa da sobrecarga de trabalho e da desorganização que está o serviço (Beatriz, técnica de enfermagem).

Além das consequências na saúde relacionadas diretamente às condições de trabalho, é importante salientar que o trabalho na saúde mental por si só já pode apresentar características desestabilizadoras por estar ligado às situações-limite, a imprevisibilidade e dificuldade muitas vezes de planejamento prévio, podendo também levar ao adoecimento dos trabalhadores.

Para Lancman (2008), o cuidar de pessoas com transtornos psíquicos ocorre entre um indivíduo que sofre psiquicamente e outra que é responsável por melhorar seu quadro, o profissional. Tal situação acaba demandando grande envolvimento com o serviço prestado e o manejo prolongado com as pessoas atendidas, gerando preocupação, inquietação e sofrimento psíquico nos trabalhadores.

(...) às vezes aparece paciente que não sabemos o que fazer com ele, casos muito complexos e que mexem com a equipe toda. Teve um recente que aconteceu esse ano e que por 2 ou 3 meses não sabíamos o que fazer com o paciente, todos estavam angustiados mesmo, do tipo de querer não vir trabalhar, de embrulhar o estomago quando chegava aqui e isso foi relato de 90% da equipe, e isso é muito difícil, foi a época que o trabalho estava mesmo me atrapalhando, eu ficava irritada na hora de ter que vir trabalhar, ficava irritada de ter que estar aqui (Giovana, assistente social).

Fernandes (2014) observa que os profissionais da saúde mental ao realizarem um trabalho assistencial aos indivíduos com sofrimento psíquico, além dos riscos ocupacionais comuns que estão sujeitos dentro de uma instituição de saúde, executam seu trabalho em um ambiente onde a tensão emocional é bastante elevada devido à imprevisibilidade do trabalho.

Nesse sentido, Costa, Lima e Almeida (2003) destacam que se tratando do enfermeiro no contexto da assistência em saúde mental, há uma complexidade de situações relacionadas diretamente ao trabalho prestado ao sujeito em sofrimento e aos fatores da organização do trabalho que contribuem para o desencadeamento do estresse, visto que o profissional vivencia situações adversas e específicas ao lidar com o paciente, além de situações estressantes ligadas à organização institucional do trabalho. Essa situação, contudo, não é específica do enfermeiro, ela se estende às demais categorias profissionais atuantes na saúde mental, visto que os fatores psicossociais do trabalho são potencializados devido à complexidade da prática assistencial prestada, seja tanto pela sobrecarga do trabalho como pela tensão psicológica que pode comprometer a qualidade do serviço prestado, podendo levar os trabalhadores à exaustão física e mental e ao desencadeamento de transtornos psíquicos.

Para trabalhar na saúde mental tem que ter perfil mesmo, não é qualquer profissional que aguenta, nos outros CAPS que trabalhei vi acontecer de profissionais serem afastados por problemas psiquiátricos mesmo. Eu gosto também, se eu não gostasse não daria conta de trabalhar aqui (Giovana, assistente social).

Para trabalhar aqui no CAPS você precisa criar uma armadura sabe? Quando eu comecei a trabalhar aqui, esse foi meu primeiro trabalho em um serviço de saúde mental, um trabalho que não é leve e ainda mais com tanta falta de condições para trabalhar. É pancada mesmo, e você precisa estar prepara para aguentar. Tem coisas que no começo eu não sabia lidar, porque eu me envolvia muito. Cheguei a desenvolver depressão, quando eu vi eu estava com alguns sintomas iguais aos dos usuários daqui. Para trabalhar aqui você tem que cuidar muito de si, olhar pra você e criar um certo distanciamento, para conseguir aguentar (Beatriz, técnica de enfermagem).

Observa-se com a fala de Beatriz que ter uma “armadura” e manter um certo distanciamento para poder trabalhar pode ser entendido com uma estratégia de defesa, uma forma de limitar à proximidade, o envolvimento e consequentemente o sofrimento.

Fraga (1997) ressalta que nas relações humanas que estabelecemos já está presente a mobilização de conteúdos psíquicos que possibilitam os afetos e a formação dos vínculos e que, sendo assim, isso não é diferente no vínculo criado entre profissional e usuário.

Diante disso, ter um espaço para que o profissional de saúde consiga lidar com as questões emocionais suscitadas pelo próprio ambiente de trabalho pode ser de extrema importância para alívio das tensões.

Esse espaço poderia ser a reunião semanal da equipe, contudo, como já apontado anteriormente, isso não acontece de maneira efetiva.

Outra questão que se destaca é o fato desse tipo de trabalho envolver uma tensão no que diz respeito ao risco de violência física.

Às vezes acontece sim um caso de agressão contra um profissional. Tem profissional que sai chorando, tem os que ficam mais abalados e passam alguns dias sem vir trabalhar. Eu já estou acostumada com essas situações, procuro lidar mantendo um clima mais calmo. Isso não significa que eu não fique abalada, é claro que aquilo me afeta também, mas eu consigo segurar a barra, porque se não segurar pode acabar perdendo o controle da situação (Fernanda, psicóloga).

Trabalhar com saúde mental é estar preparado para esse tipo de situação. É a imprevisibilidade. Por isso sempre falo, para trabalhar aqui tem que querer, tem que gostar mesmo de estar em contato com essas pessoas, com o paciente grave,

com os casos difíceis. É saber que um usuário pode surtar a qualquer momento e que você precisa estar preparado pra isso. Eu mesma já levei um soco no ouvido de uma usuária porque ela queria um laudo (Emília, psicóloga).

Emília conta com tranquilidade e até mesmo um sorriso o caso da agressão que sofreu. A fala das duas psicólogas nos leva a reflexão de que o medo é encarado como algo que não pode aparecer para a equipe de trabalhadores, e nem para si mesma, pois poderia vir como um gerador de sofrimento. É preciso ser encarado como natural e parte do trabalho. Além disso, o medo é encarado como despreparo para o trabalho, falta de conhecimento sobre o campo.

Acontece algumas vezes de um profissional ser agredido, de forma leve ou até mais grave. Eu percebo que os novatos ficam mais abalados e acho que isso é pelo desconhecimento desse campo. Chegam aqui pra trabalhar sem nenhuma bagagem sobre a saúde mental e aí essas coisas afetam mesmo o psicológico da pessoa (Helena, assistente social).

Além disso, Guimarães, Jorge e Assis (2011) observam que as instituições de saúde mental são caracterizadas por um contexto de enorme complexidade, na qual o ambiente laboral apresenta uma diversidade de inter-relações tensiôgenas, das quais fazem parte diferentes sujeitos, como os gestores, os trabalhadores e os usuários, todos com interesses e necessidades diversas, heterogêneas e conflitantes. Situações como essa são geradoras de satisfação e/ou insatisfação, em decorrência dos conflitos de interesse que nem sempre estão em acordo.

Observa-se também que quando o trabalhador é afetado pelas condições de trabalho, pressionado por elas, acaba sendo conduzido ao desequilíbrio psíquico, o que pode acabar produzindo doenças, como foi percebido nos depoimentos dos profissionais.

Eu tenho a síndrome do intestino irritável, que é associada à Psicossomática, ao estresse. O ambiente de trabalho é muito estressante. Até pouco tempo eu ficava no CAPS o dia todo e eu acho que isso é muito difícil, você ficar o dia todo num serviço de saúde mental. Depois que eu passei a ficar só meio período eu percebi que melhorou um pouco, com certeza melhorou. Deu uma aliviada, só que aí veio todo esse processo das demissões e o serviço começou a desmoronar e o estresse geral aumentou e as crises dessa síndrome pioraram (Fernanda, psicóloga).

A Psicossomática pode ser definida como tudo o que atinge a saúde ou a integridade física, quando os fatores psicológicos desempenham algum papel. Dessa forma, tanto as doenças corporais quanto acidentes podem ser psicossomáticos (McDougall, 1991).

O adoecimento do trabalhador que pode comprometer tanto a potencialidade psíquica quanto a biológica geralmente não se expressam de forma direta e óbvia, dificultando assim encontrar o nexo causal entre adoecimento e trabalho, especialmente o adoecimento mental. Contudo seus efeitos são percebidos em sinais e sintomas, estresse, relatos de adoecimentos psicossomáticos, entre outros (Laurell & Noriega, 1989).

Tive muitos problemas de saúde nesse ano. Eu desenvolvi uma colite crônica de fundo emocional. Tudo que me afeta acaba mexendo com a parte gastrointestinal. Todo mundo tem um órgão de ataque e o meu é esse. Então é culpa do estresse totalmente relacionado ao trabalho. Porque trabalhar aqui não é fácil não. E ficar na coordenação da enfermagem já não é fácil, são muito desgastantes os problemas que já temos no dia a dia, ter que fazer várias coisas ao mesmo tempo para garantir que o serviço funcione sabe. E agora nesse momento de tantos problemas não tem como não abalar ainda mais (Isabela, enfermeira, coordenadora da enfermagem).

Se os trabalhadores não têm controle ante os contextos de trabalho que causam sofrimento e incômodo sentidos como demasiados, eles serão então explicativos dos problemas de saúde mental e psicossomáticos. Ainda que o jeito de ser de cada um influencie em quando e como o sujeito sente-se irritado, nervoso, cansado observa-se que o contexto de trabalho tem importância fundamental para explicar o excesso de estimulações desprazerosas (Sato, 1998).

Há uns seis meses tenho ficado doente quase toda semana, é gripe, é infecção, é enxaqueca. Minha imunidade está muito baixa. Começou exatamente na época que fiquei mais sobrecarregada do trabalho e veio o estresse e os problemas de saúde. Vejo claramente como meu trabalho tem influenciado nisso (Laura, técnica de enfermagem).

Nesse sentido, o adoecimento psicossomático se caracteriza pela falha dos recursos psíquicos, quando o sujeito não consegue mais encontrar saída simbólica para descarregar a tensão e o mal estar, e a única via possível é a descarga no corpo.

Em contrapartida, Merlo et al (2003) ressalta que para que o trabalho seja uma fonte de saúde para o trabalhador, é necessário que exista reconhecimento do trabalho, visto que, segundo os autores, é no reconhecimento que existe a possibilidade de dar sentido e transformar o sofrimento vivenciado. Nesse sentido, o reconhecimento é entendido como algo essencial no processo de mobilização subjetiva da inteligência e da personalidade no trabalho, desempenhando um papel de suma importância na transformação do sofrimento em prazer.

No CAPS estudado verificou-se que não há esse reconhecimento por parte da gestão externa, diante da falta de investimento e total falta de visibilidade das ações dos trabalhadores no campo social, dificultando assim que exista a mobilização criativa do trabalhador no processo de modificação do sofrimento em prazer.

Outra questão que merece destaque diz respeito ao reconhecimento da necessidade de cuidar de si. Nos depoimentos, alguns profissionais reconheceram a importância de cuidar de si para cuidar do outro. Ressaltam que atuam melhor no trabalho e nos atendimentos quando estão bem consigo mesmos, com uma disponibilidade maior em cuidar do usuário.

Eu sempre fiz terapia, é algo que ajuda muito a lidar com o dia a dia de trabalho aqui no CAPS. Hoje não faço mais por falta de tempo, mas quero conseguir voltar a fazer um dia, porque principalmente quando as coisas apertam por aqui eu vejo como a terapia faz falta (Fernanda, psicóloga).

Já fiz terapia, todo mundo fala que quem trabalha nessa área é bom fazer, mas já tem um tempinho que não faço. Mas estou sempre tentando cuidar da saúde, a gente precisa estar bem para fazer um bom trabalho aqui dentro. Lidamos com a vida, com a saúde mental do outro. Como cuidar do outro sem cuidar de mim primeiro? (Giovana, assistente social).

Machado (2006) destaca que o reconhecimento do próprio cuidado com a saúde permite a transformação do modo de trabalho, podendo levar o profissional a uma nova construção da identidade e, portanto, contribuindo para auto-realização no cuidado de si e do outro.

Sobre o trabalho médico, o psiquiatra João apontou fatores estressantes no seu cotidiano de trabalho.

Aqui, o que em minha opinião está pior, é a sobrecarga de trabalho. As demandas estão muito altas pra ser possível realizar um bom atendimento. Estou fazendo o que posso, os casos mais urgentes são priorizados, mas mesmo assim não consigo atender todos que precisam. Fico com telefone ligado o tempo todo, se ocorre uma intercorrência eles me ligam. Então mesmo não estando aqui no CAPS estou ligado aqui 24 horas. Não é uma carga fácil de trabalho, não dá para respirar nem um minuto quando estou aqui, tem sido muito estressante e além daqui ainda atendo no consultório particular (João, médico psiquiatra).

Se por um lado o trabalho do médico é visto como envolto em uma aura de poder e status social, por outro as responsabilidades dessa profissão podem vir a se tornar uma carga que juntamente com outras características pode predispor ao desenvolvimento do estresse e da síndrome de Burnout. Na atualidade, o status garantido aos que se formam em medicina já não é mais acompanhado de um retorno salarial na mesma proporção. Para atingirem o retorno financeiro almejado, o profissional acaba se sobrecarregando, submetendo-se a diversos empregos e plantões, o que pode levá-lo ao estresse e ao burnout, acarretando a deterioração de seu trabalho (Benevides-Pereira, 2002).

Sou contratado da Fundação Maçonica, mas trabalho em consultório particular também. Ficar só com consultório hoje em dia é inviável, na verdade não tenho nenhum colega médico que tenha só um emprego (João, médico psiquiatra).

Benevides-Pereira (2002) em seus estudos destaca também que o médico costuma ser pressionado por questões institucionais do local onde presta serviços, ocasionadas por condições laborais incompatíveis com o atendimento adequado ao paciente, por estrutura organizacional desumanizada, tanto do ponto de vista dos que a ela recorrem para tratamento como para os que nela trabalham.

Eu sou pressionado a atender um número X de pacientes por dia quando estou aqui. Isso não é fácil, quando você recebe a lista com a quantidade de atendimentos do dia você pensa “e agora?”. Você não tem como desenvolver um trabalho satisfatório quando trabalha por 2 ou por 3. Isso, em minha opinião, é um desrespeito, não só com os profissionais, mas também com aquelas pessoas que estão aqui por atendimento médico, psicológico, da assistente social (João, médico psiquiatra).

Os estudos de Costa (2006) mencionam o quanto é desgastante o trabalho médico. Os principais fatores de desgaste assinalados pelo autor são excesso de atividades, empregos em vários locais, condições precárias de trabalho, baixa remuneração, perda de autonomia, conflitos contornados pela cobrança dos pacientes e falta de reconhecimento pela gestão.

A falta de reconhecimento por parte da gestão é um caso grave aqui. Por mais que sejam feitas solicitações para melhora do trabalho aqui no CAPS não adianta. Demoram a nos dar um retorno e não nos dão o retorno necessário. Como eles esperam que esse serviço funcione nessas condições? O que faz funcionar são os funcionários e hoje é algo que não temos aqui dentro. Não estamos nem trabalhando com a equipe mínima. Está um desastre. Daqui a pouco vou ter que

parar de atender os usuários do serviço para atender os profissionais que estão adoecendo (João, médico psiquiatra).

O reconhecimento, o valor dado pelo outro, a contribuição do sujeito para a organização do trabalho, a apreciação relativa da utilidade técnica, social ou econômica, tudo isso é formulado pela hierarquia da organização, pelos pares e, até mesmo, pelos clientes. É por meio da singularidade do trabalho e de maneiras novas do saber fazer que o reconhecimento é validado. Ele pode conferir ao trabalho o significado que possibilita a obtenção do prazer e, até mesmo, a transformação do sofrimento em prazer (Dejours, 2012).

Soma-se à essa discussão a sobrecarga emocional que os profissionais pesquisados vivenciam em razão do desgaste de trabalhar em um local que não oferece os recursos necessários ao atendimento dos usuários do serviço por deficiência do sistema de saúde pública no Brasil. Conforme observado nos relatos, esses sentimentos culminam na sensação de frustração e impotência dos profissionais.

A ocorrência de sintomas psicossomáticos tem sido relatada por vários autores quando estudam a relação entre trabalho e adoecimento de médicos. Dessa forma, alguns dos transtornos mais referidos são perda de apetite, insônia, pressão alta, asma, gastrite, dores nas costas, tonturas, náuseas, diarreias, cefaleias, resfriados recorrentes. (Benevides-Pereira, 2002).

Tenho crises de enxaqueca, especialmente depois que saio do trabalho, porque parece que é na hora que a rotina do trabalho acaba que eu respiro e consigo sentir a exaustão e a dor, porque antes a correria não deixava. Ando sempre com uma cartela de dipirona no bolso da camisa para resolver esse problema (João, médico psiquiatra).

Outro agravante em relação às situações de adoecimento médico é que, mesmo sendo conhecedor da doença e de seus riscos, ele resiste em admitir a doença, o cansaço e a busca de ajuda. Ele pouco se cuida (Meleiro, 2001)

Para falar a verdade dificilmente vou à uma consulta médica. Minha saúde em geral é boa. O que tenho mesmo é a enxaqueca, um desconforto ou outro, resfriados. Então eu mesmo acabo cuidando da minha saúde (João, médico psiquiatra).

Com a realização da pesquisa foi possível perceber que os profissionais da saúde mental expressam em seus depoimentos suas experiências e seu cotidiano de trabalho por meio de expressões como sofrimento, angústia e dificuldades para realização do trabalho no CAPS. Ressalta-se que é preciso destacar que o sofrimento do trabalhador da saúde mental

também tem suas particularidades, inerentes do próprio tipo de trabalho, visto que estes trabalhadores estão expostos ao sofrimento e a dor de outras pessoas.

O trabalho em saúde mental por si só carrega suas especificidades históricas, de anos de cuidados em hospitais psiquiátricos, caracterizados pela exclusão social e pelo estigma dos portadores de transtornos mentais.

Como destacado anteriormente, os profissionais assumem muitas vezes uma posição de militância, guiados apenas por ideologias diante da falta de apoio por parte da gestão. Neste contexto, fica evidente como é uma tarefa difícil para o profissional suportar o sofrimento diante das barreiras enfrentadas no cotidiano e identificar-se de maneira positiva com uma missão que não se mostra tão favorável, onde muitas vezes a responsabilidade pela manutenção do serviço é totalmente transferida aos trabalhadores.

Ressalta-se que diante de um cotidiano de trabalho com muitas barreiras para a realização do que é esperado para o atendimento de pessoas em sofrimento psíquico, seja pela falta de pessoal, de recursos materiais, entre outros apontados neste estudo, os profissionais acabam por utilizar-se de estratégias defensivas para atenuar o próprio sofrimento, dentre eles as somatizações.

É de suma importância a ressalva de que o trabalho no CAPS não requer a utilização de grande aparato tecnológico, como utilizados em hospitais ou outras instituições de saúde. Enquanto nos hospitais é comum a supervalorização da técnica em detrimento dos relacionamentos interpessoais, no CAPS os recursos utilizados para o tratamento provêm dos próprios trabalhadores, que se vinculam aos usuários e acompanham os casos de perto atuando como profissionais de referência.

Sendo assim, o trabalho no CAPS exige grande disponibilidade dos profissionais, que estão constantemente expostos ao sofrimento psíquico dos usuários e a todas as outras demandas que chegam neste tipo de serviço.

Constatou-se também que, embora as dificuldades apontadas pelos profissionais sejam muitas e angustiantes, geradoras de sofrimento, existe uma implicação e mobilização destes profissionais, motivados pelo prazer de trabalhar no CAPS, e que é o que mantém essas pessoas ligadas às tarefas e responsabilidades que assumem diante deste contexto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Movimento da Reforma Psiquiátrica veio para mostrar a importância da criação de espaços de discussão sobre o trabalho em saúde mental, transformando a lógica manicomial e inovando o campo com novos dispositivos de atenção psicossocial, com base na criação de práticas coerentes com a necessidade de atenção, inclusão social e de direitos de cidadania para as pessoas com transtornos mentais.

Assim, o interesse deste estudo recaiu sobre os trabalhadores, atores principais dentro deste campo, refletindo seus modos de trabalhar e as relações entre o trabalho desenvolvido e a saúde desses trabalhadores.

Atualmente vemos o crescimento do número de doenças relacionadas ao adoecimento psíquico dos trabalhadores ligadas diretamente à organização do trabalho, sobrecarga, ritmo intenso e problemas na gestão.

Apesar desse crescimento, há ainda uma grande dificuldade no estabelecimento do nexo causal de um transtorno mental relacionado diretamente ao trabalho, visto que esse tipo de adoecimento costuma ter suas causas imputadas a aspectos genéticos, à insatisfação com o casamento, um acontecimento triste na vida.

Maeno (2017) destaca que para a Previdência Social o estabelecimento do nexo causal de um transtorno psíquico é o de exclusão, o que significa dizer que se o indivíduo não apresentar nenhuma queixa relacionada à qualquer aspecto de sua vida, então é possível considerar a causa do adoecimento pelo trabalho. Nesse sentido, observamos a grande falha na realização do diagnóstico, visto que, o que deveria ser realmente investigado é em que medida diante de um caso de adoecimento psíquico, o trabalho pode ter contribuído para sua ocorrência ou agravamento.

Essa temática se torna de grande relevância diante do grande número de adoecimentos psíquicos relacionado ao trabalho em diversas categorias profissionais, sendo que os trabalhadores da saúde e especificamente da saúde mental não estão imunes à isso.

Maeno (2017) aponta ainda que há um outro entrave nessa questão, os subdiagnósticos de doenças psíquicas ocupacionais, com empresas emitindo menor número de Comunicações de Acidentes de Trabalho (CATs) a cada ano, além de uma crescente descaracterização do Nexo Técnico Epidemiológico (NTEp).

Enquanto que na saúde pública contamos com a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) e os Centros de Referência para uma maior sensibilização da rede de saúde para a realização desses diagnósticos, nos ramos econômicos

em que há convênios, essa possibilidade se torna ainda mais difícil, visto que os convênios são contratados pelas próprias empresas.

Diante da atual conjuntura, com mudanças na Previdência, reforma trabalhista e a terceirização desmedida, o que nos espera no cenário do trabalho é uma precarização ainda maior, sem estabilidade no trabalho e com vínculos muito ameaçados pela terceirização. Diante desse contexto, teremos um Estado que irá oferecer ainda menos proteção à saúde dos trabalhadores de todos os setores, dando mais importância ao crescimento econômico, sem se considerar os riscos para a saúde dos trabalhadores.

É importante destacar que ao conhecer o processo de trabalho dos profissionais e analisar as práticas individuais e coletivas foi possível perceber que no interior da organização do próprio serviço, nas relações entre os pares, existe uma fragilidade nos vínculos, uma visível falta de integração interna na equipe de trabalho.

Os depoimentos dos trabalhadores demonstraram ações isoladas e expressam a dificuldade de articulação entre os membros da mesma categoria e mais evidentemente de categorias diferentes de trabalho, evidenciando que embora exista o discurso do trabalho em equipe, as condições concretas de trabalho não permitem que isso ocorra efetivamente.

A fala dos profissionais também indicou que não há uma articulação marcante entre a prática de cada um e as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, diante do desconhecimento de muitos deles sobre esta política. Nesse sentido, a prática dos trabalhadores pode não acontecer de forma adequada com àquela preconizada pela Reforma Psiquiátrica e consciente com as transformações do campo psicossocial.

Esse é um dado que merece destaque, visto que a prática alienada dos trabalhadores pode representar um entrave para a consolidação dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e especialmente perigoso quando o cuidado profissional acaba ficando identificado com as características pessoais de cada um.

A prática descontextualizada, alienada, não tem potencial transformador, por mais comprometida que esteja com o atendimento de certa população, o trabalhador mantém um distanciamento das transformações necessárias que a Reforma Psiquiátrica vem a cada dia produzindo na história do cuidado das pessoas com sofrimento psíquico.

Nesse sentido, é de suma importância que não somente o CAPS estudado, mas os Centros de Atenção Psicossocial espalhados pelo território brasileiro intensifiquem tanto a formação quanto a qualificação de seus profissionais. Um importante aliado neste processo são as ações intersetoriais, objetivando a integração de práticas dos profissionais e o comprometimento com as diretrizes do campo psicossocial. O campo da Reforma Psiquiátrica

é um campo que necessita de uma prática reflexiva, com os trabalhadores como protagonistas e com a criação de espaços que possibilitem a problematização do trabalho, da saúde e das relações presentes no dia a dia dos serviços de atenção em saúde mental. Contudo, se nos deparamos com uma situação concreta onde o trabalhador é desconsiderado, não tem visibilidade e é totalmente descartável diante do processo de terceirização, como esperar uma prática reflexiva e de integração por parte desses trabalhadores?

O estudo permitiu também observar a situação de fragilidade na organização interna do serviço, onde os problemas de ordem de gestão, de recursos materiais e humanos acabam gerando deficiência no serviço ofertado aos usuários do CAPS e sofrimento aos profissionais diante da sobrecarga, da imprevisibilidade do vínculo empregatício e da impossibilidade de oferecer um serviço conforme o esperado aos usuários.

Diante das tensões e dificuldades encontradas no cotidiano de cuidado com a loucura, os profissionais estão muito identificados com a militância do serviço, o que por vezes acaba gerando sobrecarga e adoecendo mais os trabalhadores. É necessário pontuar que a militância enquanto forma de expressão daquilo que se acredita, é, sem dúvida, uma importante aliada no apoio à saúde do trabalhador, contudo, se essa militância não possui uma reflexão mais livre sobre os próprios limites do trabalho, pode se transformar em fonte de sofrimento.

Observamos que a responsabilidade de atuar em um serviço de saúde mental, exige o uso de potencialidades individuais de maneira cansativa, se considerarmos que há um esforço extra dos profissionais na medida em que não há condições de trabalho satisfatórias, mas que ainda assim, os profissionais mantêm o serviço funcionando.

Além disso, o foco na gratidão dos usuários ou da família enquanto formas de reconhecimento do trabalho, em vista do não reconhecimento externo por parte da gestão, também tem potencial problemático, pois os trabalhadores diante desse fato podem assumir uma postura de extrema dedicação ao usuário, indo além de seus limites e comprometendo sua saúde.

Além da sobrecarga com o trabalho, foi possível perceber que outro fator de sofrimento nos trabalhadores diz respeito a não realização do trabalho diante da precariedade do serviço. Por mais que os trabalhadores utilizem de meios criativos para manter o serviço, muitas vezes é impossível dar conta de tudo. É difícil mensurar o envolvimento afetivo que é dispendido pelos trabalhadores para conseguir resolver os problemas do cotidiano de trabalho, contudo foi notável a insatisfação por não conseguir realizar um trabalho conforme o esperado diante das condições ruins. Fica claro que a condição de precariedade recai sobre a atividade

de trabalho desses profissionais, gerando sobrecarga, insatisfação, frustração e adoecimento de muitos deles.

Na tentativa de tudo fazer pelo serviço e pelo usuário, os profissionais utilizam de “macetes”, “jeitinhos”, o que é característico de situações de precariedade, na qual se busca manter o serviço funcionando a qualquer custo – mesmo que o custo seja ele próprio enquanto trabalhador. É importante a reflexão de que essa criatividade aplicada no trabalho pelos profissionais pode ser um recurso utilizado para a transformação do sofrimento em prazer, de sair de uma posição onde é impossível realizar um trabalho diante das condições impostas e ir para uma posição de transgressão daquilo que está posto.

Ressaltamos diante disso a exploração à que estes trabalhadores estão submetidos, além da exploração da ideologia já relatada, o uso de si também é explorado, diante da falta de reconhecimento e consequente não investimento financeiro na área de saúde mental, já que os profissionais são capazes de manter o serviço funcionando. Além de prestadores de serviço, são os militantes da causa da saúde mental.

Outro fator apontado neste estudo é que incidiu diretamente na saúde dos trabalhadores diz respeito à terceirização. A situação encontrada no CAPS em questão mostrou como a saúde no Brasil está a cada dia mais sendo sucateada e o setor de saúde mental, sendo um setor marginalizado dentro da saúde sofre ainda mais intensamente. O sentimento de descartabilidade gerada pelas demissões e (re)contratações por outra empresa terceirizada acabou gerando sofrimentos e adoecimento psicossomáticos em toda a equipe de trabalho (mesmo naqueles que tinha um trabalho assegurado pelo concurso público), diante do desmonte de um serviço que contava com uma equipe de trabalho estruturada. Desconsiderar as condições de trabalho e de saúde dos profissionais da saúde, mais especificamente dos profissionais da saúde mental é desconsiderar o próprio serviço a ser oferecido à população, visto que neste contexto trabalhadores e usuários saem prejudicados.

Estamos diante de uma situação em que muitas mudanças já foram concretizadas, de retirada de direitos. Na saúde é visível o interesse de organizações sociais, de capital privado, capital internacional, de entrar nessa área, como vem sendo apontado até mesmo pelo Ministério da Saúde, e que tende a aniquilar com a essência do Sistema Único de Saúde.

Esse desmonte do SUS se apoia na ideologia do Estado mínimo. O problema é o estado, o tamanho do SUS. Em compensação não há medidas para penalizar os mais ricos, achatar as desonerações fiscais ou para reduzir os juros. Todo o ajuste acaba se concentrando nas despesas que garantem os direitos sociais como meio de criar superávits primários crescentes, visando a diminuição da dívida pública.

Na prática, o que veremos é a desarticulação do SUS e a privatização do sistema de saúde, onde todo avanço na melhoria das condições de saúde ficará à deriva, prejudicando os recentes avanços obtidos no combate à desigualdade (Ocké-Reis & Funcia).

Com o desenvolvimento dessa tese, foi possível perceber que o discurso da crise econômica e que incide diretamente na saúde, escamoteia o fato de que esta não ocorre em função do modelo de sistema, mas ao contrário, é decorrente diretamente dos fatores relacionados às políticas macroeconômicas. Estamos vivenciando um momento marcado por mudanças impostas pelos ideários neoliberais que exigem cada vez mais o comprometimento e participação de toda a sociedade para garantir a manutenção do sistema de saúde de todos os cidadãos brasileiros.

A compreensão da relação entre trabalho e saúde dos profissionais da saúde mental não pode ser feita sem o olhar para as questões políticas e econômicas que estão permeando o país nesse momento. Se já vivíamos em luta para a garantia da preservação de direitos duramente conquistados, pela luta por um serviço de qualidade, estamos agora em um momento no qual todos esses direitos poderão ser retirados e o sucateamento da saúde que já era uma realidade tenderá a piorar, agora com a total desproteção do Estado.

Por fim, é importante ressaltar que os serviços substitutivos são de grande relevância enquanto campo de atuação profissional dentro da saúde mental. Diante destas reflexões, destacamos que é de grande necessidade novas atuações relacionadas diretamente à prática de cuidados, priorizando mudanças na maneira de ser e agir, permitindo aos profissionais de saúde novos caminhos que proporcionem um viver mais saudável.

Com este estudo, esperamos ter contribuído com a discussão e reflexão do trabalho desenvolvido e para o repensar de possíveis mudanças que necessitem ser incorporadas nesse campo.

Ressaltamos ainda que novos estudos, com recortes diferentes, precisam ser realizados para que se possa pensar a complexidade desse campo de maneira mais completa e mais próxima da realidade de trabalho desses profissionais.

REFERÊNCIAS

- Abelha, L., Legay, L. F., Lovisi, G. M., & Rebouças, D. (2008). O trabalho em saúde mental: Um estudo de satisfação e impacto. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(3), 624-632.
- Abrahão, J. I., & Santos, V. O. (2004). Controle no trabalho: Os seus efeitos no bem-estar e na produtividade. In A. Tamayo (Orgs.), *Cultura e saúde nas organizações*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Acker, G. M. (2008). An examination of the relationships between workers and agencies: Characteristics and three outcome variables: Burnout, role stress, and intent to quit. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 11(4), 295-309.
- Acker, G. M. (2012). Burnout among mental health care providers. *Journal of Social Work*, 12(5), 475-490.
- Alessi, N. P. (1977). A equipe de saúde no hospital psiquiátrico: um estudo sociológico. *Neurobiol.*, 40 (3), 339-354.
- Almeida Filho, N., & Andrade, R. F. S. (2003). Holopatogênese: Esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde. In D. Czeresnia & C. M. Freitas (Orgs.), *Promoção da saúde: Conceitos, reflexões e tendências* (pp. 101-119). Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz.
- Alves, A. M. (2010). O método materialista histórico dialético: Alguns apontamentos sobre a subjetividade. *Revista de Psicologia da UNESP*, 9(1), 1-13.
- Alves, M. M., & Silva, A. T. M. F. (2011). A influência do Estado Neoliberal no sistema de saúde brasileiro diante do conceito ampliado de saúde. *Perspectivas Online*, 1(1), 48-52. Recuperado <http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/CBS>
- Amarante, P. (Coord.). (2010). *Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* (2a ed.). Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Amarante, P., & Torre, E. H. G. (2001). A constituição de novas práticas no campo de Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica do Brasil. *Revista Saúde em Debate*, 25(58), 26-34.
- Anderson, P. (1995). Balanço do neoliberalismo. In E. Sader (Org.), *Pós neoliberalismo: As políticas sociais e o estado democrático* (3a ed.). Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra.
- Antunes, R. (2000). *Adeus ao trabalho? Ensaio sobre a metamorfose e a centralidade do mundo do trabalho* (8a ed.). São Paulo, SP: Cortez.
- Antunes, R. (2009). *Os sentidos do trabalho: Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho* (2a ed.). São Paulo, SP: Boitempo.

- Antunes, R. (2009). Da especialização à flexibilização: As formas da educação no modo de produção capitalista. In: F. S. Previtali (Org.), *Trabalho, Educação e reestruturação produtiva* (pp. 15-24). São Paulo: Xamã.
- Antunes, C. (2012) Acerca da indissociabilidade entre as categorias trabalho e educação. In F. S. Previtali (Org.), *Trabalho, educação e reestruturação produtiva* (pp. 55-72). São Paulo: Xamã
- Arbex, D. (2013). *Holocausto brasileiro*. São Paulo, SP: Geração Editorial.
- Arruda, J. J. A., & Piletti, N. (2007). *Toda história* (13a ed.). São Paulo, SP: Ática.
- Athayde, V., & Hennington, E. A. (2012). A saúde mental de profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 22(3), 983-1001. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000300008
- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado – o mito do amor materno* (5a ed.). Rio de Janeiro, RJ: Nova Fronteira.
- Bahia, L., & Viana, A. L. (2002). Introdução. In Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar, *Regulação e saúde: Estrutura, evolução e perspectiva da assistência médica suplementar*. Rio de Janeiro, RJ: ANS.
- Basaglia, F. (1968). *A instituição negada*. Rio de Janeiro, RJ: Graal.
- Basbaum, L. (1981). *Alienação e humanismo*. São Paulo, SP: Global.
- Batistella, C., Barcellos, C., Gondim, G., Silva, J., Monken, M., & Gomes, M. (2007). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro, RJ: Ed. Fiocruz. Recuperado de <http://www.epsjv.fiocruz.br/pdts/index.php?id=1&prioridade=1>
- Benevides-Pereria (2002). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bernardes, E. H. (2005). *Princípios do Sistema Único de Saúde: Concepção dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família, de uma cidade do Estado de Minas Gerais* (Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP). Recuperada de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-21122005-141317/pt-br.php>
- Bernardo, A. C. (1992). Previdência Social e assistência psiquiátrica no Brasil. In: D’Incao, M. A. (Org.). *Doença Mental e Sociedade: uma discussão interdisciplinar*. Rio de Janeiro: Graal.
- Bichaff, R. (2006). *O trabalho nos centros de atenção psicossocial: uma reflexão crítica das práticas e suas contribuições para a consolidação da Reforma Psiquiátrica* (Dissertação de mestrado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP). Recuperado de www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7134/tde.../Regina_Bichaff.pdf

- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação*. Porto, Portugal: Porto Editora.
- Bóron, A. (1995). A sociedade civil depois do dilúvio neoliberal. In E. Sader (Org.), *Pós neoliberalismo: As políticas sociais e o estado democrático* (3a ed.) Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra.
- Bottomore, T. (1988). *Dicionário do pensamento Marxista* (2a ed.). Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.
- Brasil. (2009). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas*. Brasília: CONASS.
- Brasil (1975). *Assistência psiquiátrica na Previdência Social*. Brasília, DF.
- Brasil. (1977). *VI Conferência Nacional de Saúde, relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (1980). *7ª Conferência Nacional de Saúde, Anais*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (1986). *8ª Conferência Nacional de Saúde – relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (1988). *I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (1993a). *Situação dos hospitais psiquiátricos supervisionados pelo Grupo de Acompanhamento e Avaliação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar. Abril a Agosto de 1993*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (1993b). *II Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (1994). Coordenação de Saúde Mental: Plano de trabalho 1994. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2001). *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2010). *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - intersectorial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Braverman, H. (1987). *Trabalho e capital monopolista: A degradação do trabalho no século XX* (3a ed.). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara.
- Bruschini, M. C. A. (1998). *Trabalho das mulheres no Brasil: Continuidades e mudanças no período 1985-1995*. São Paulo, SP: Fundação Carlos Chagas/Departamento de Pesquisas Educacionais.
- Bujdoso, Y. L. V., Trapé, C. A., Pereira, E. G. & Soares, C. B. (2007). A academia e a divisão social do trabalho na enfermagem no setor público: aprofundamento ou superação?

- Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 12 (5) Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n5/28.pdf>.
- Camargo Junior, K. R. (2005). A biomedicina. *Physis: Revista Saúde Coletiva*, 15(Suplemento), 177-201. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a09.pdf>
- Campos, F. J. S. S. (2011). *Saúde mental do trabalhador de saúde: Uma revisão bibliográfica* (Monografia de Especialização, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, PE). Recuperado de <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2011campos-fjss.pdf>
- Campos, G. W. S. (2006). Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e das pessoas. O caso da saúde. In: L. C. O. Cecílio (Org.). *Inventando a mudança na saúde* (3a ed.). São Paulo: Hucitec.
- Canguilhem, G. (1943/2002) O normal e o patológico. Tradução de Maria de Threza Redig de C. Barrocas e Luiz Octávio F. B. Leite. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002, 307 p.
- Canguilhem, G. (2006). *O normal e o patológico* (6a ed.). Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária.
- Carvalho, M. B., & Felli, V. E. A. (2006). O trabalho de enfermagem psiquiátrica e os problemas de saúde dos trabalhadores. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(1), 61-69. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a09.pdf>
- Carvalho, R. Q. & Schmitz, H. (1990). O fordismo está vivo no Brasil. *Novos Estudos*, 27, 148-156. Recuperado de http://novosestudos.uol.com.br/v1/files/uploads/contents/61/20080624_o_fordismo_esta_vivo.pdf.
- Castel, R. (1978). *A ordem psiquiátrica: A idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro, RJ: Graal.
- Cerqueira, L. (1984). *Psiquiatria Social: problemas brasileiros de saúde mental*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Cerqueira, P. (1996). Ensino e assistência em saúde mental: por uma assistência psiquiátrica em transformação. *Cadernos IPUB*, 3: 59-66.
- Clark, S. (1990). New utopias for old: fordist dreams and post-fordist fantasies. *Capital and Class*, 42, 131-155. Recuperado de <http://cnc.sagepub.com/content/14/3/131.abstract>
- CNI - Confederação Nacional da Indústria. *101 propostas para modernização trabalhista*, 2012, mimeo.
- CNI - Confederação Nacional da Indústria. *Sondagem Especial – Terceirização*, 7(2), abril de 2009. Recuperado de <http://www.cni.org.br>.

- Codo, W. (Org.). (1999). *Educação: Carinho e trabalho. Burnout e síndrome da desistência do educador, que pode levar à falência da educação*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Coelho, M. T. A. D., & Almeida Filho, N. (1999). Normal-patológico, saúde-doença: Revisitando Canguilhem. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 9(1), 13-36.
- Cohn, A. (1980). *Previdência social e processo político no Brasil*. São Paulo, SP: Moderna.
- Cohn, A., & Marsiglia, R. G. (1994). Processo e organização do trabalho. In E. L. Rocha, R. M. Rigotto, & J. T. P. Buschinelli (Orgs.), *Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil*. São Paulo, SP: Vozes.
- Conselho Federal de Psicologia. (2013). *Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial*. Brasília, DF: CFP.
- Costa, A. D. F. (2006). *O médico, seu trabalho e sua saúde mental*. Brasília: Conselho Federal de Medicina.
- Costa, D. F. C. & Paulon, S. M. (2012). Participação social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. *Saúde em debate*, 36 (95), 572-582.
- Costa, J. R. A.; Lima, J. V. & Almeida, P. C. (2003). Stress no trabalho do enfermeiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 37 (3), 63-71.
- Crawford, M. J., Adedeji, T., Price, K. & Rutter, D. (2010). Job satisfaction and burnout among staff working in community-based personality disorder services. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(2), 196-206.
- Daúd Jr., N. (2000). Considerações histórico-conceituais sobre a instituição psiquiátrica no Brasil e a desinstitucionalização do doente mental. In: Boarini, M. L. (Org.). *Desafios na atenção à saúde mental*. Maringá: UEM.
- De Marco, P. F., Cítero, V. A., Moraes, E. & Nogueira-Martins, L. A. (2008). O impacto do trabalho em saúde mental: Transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(3), 178-183.
- Dejours, C. (2012). Psicodinâmica do trabalho e teoria da sedução. *Psicologia em Estudo*, 17 (3), pp. 363-371.
- Dejours, C. (1986). Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 14(54), 7-11.
- Dejours, C. (1992). *A loucura do trabalho: Estudos de psicopatologia do trabalho* (5a ed.). São Paulo, SP: Cortez-Oboré.
- Demo, P. (1995). *Cidadania tutelada e cidadania assistida*. Campinas, SP: Autores associados.
- Desviat, M. (1999). *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.

- Dias, R. (2008). *Sociologia das organizações*. São Paulo, SP: Atlas.
- Didonet, A. C. H., & Fontana, R. T. (2011). O trabalho com dependentes químicos: Satisfações e insatisfações. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 12(1), 41-48.
- D’Incao, M. A. (1997). Mulher e família burguesa. In M. Del Priore (Org.), *História das mulheres no Brasil*. São Paulo, SP: Contexto.
- Druck, G. (2016). A indissociabilidade entre precarização social do trabalho e terceirização. In: M. O. Teixeira, H. R. Andrade & E. D. Coelho (Orgs.), *Precarização e terceirização: faces da mesma realidade*. São Paulo: Sindicato dos Químicos – SP.
- Edwards, R. (1978). The social relations of production at the point of production. *The insurgent sociology*, 8 (2, 3), 109-125.
- Elias, M. A., & Navarro, V. L. (2006). A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: Negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(4), 517-525.
- Elias, M. A. (2014). *Equilibristas na corda bamba: o trabalho e a saúde de docentes do ensino superior privado em Uberlândia/MG*. (Tese de doutorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP). Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-12122014-104307/pt-br.php>
- Elias, P. E. (2004). Estado e saúde: Os desafios do Brasil contemporâneo. *São Paulo em Perspectiva*, 18(3), 41-46. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/spp/v18n3/24777.pdf>
- Fabbro, M. R. C. (2006). *Mulher e trabalho: Problematizando o trabalho acadêmico e a maternidade* (Tese de doutorado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP). Recuperado de <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000381417>
- Fernandes, F. (1984). *K. Marx, F. Engels. História* (2a ed.). São Paulo, SP: Ática.
- Fernandes, M. A. (2014). *Riscos ocupacionais e o adoecimento de trabalhadores de saúde de um hospital psiquiátrico do Piauí* (Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP).
- Ferrer, A. L. (2007). *Sofrimento psíquico dos trabalhadores inseridos nos Centros de Atenção Psicossocial: Entre o prazer e a dor de lidar com a loucura* (Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP). Recuperado de http://www.fcm.unicamp.br/laboratorios/saude_mental/artigos/teses/dissertacao_Ana_Luiza_Ferrer.pdf
- Foucault, M. (1977). História de la medicalización. *Educación Médica y Salud*, 11(1), 3-25. Recuperado de <http://www.terceridad.net/Sistemasdesalud/Foucault,%20M.%20Historia%20de%20la%20medicalizaci%F3n.pdf>

- Foucault, M. (2012). *História da loucura na Idade Clássica* (9a ed.). São Paulo, SP: Perspectiva.
- Fraga, A. P. V. (1997). *Repercussões subjetivas do atendimento a psicóticos em profissionais de saúde mental*. 136p. (Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia Clínica, Universidade de Brasília, Brasília).
- Franco, T., Druck, G. & Seligmann-Silva, E. (2010). As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. *Rev. Bras. Saúde Ocup.*, 35 (122), pp. 229-248.
- Friedan, B. (1964). *La femme mystifiée*. Genebra: Éditions Gonthier.
- Fuhrmann, N. L. (2004). Neoliberalismo, cidadania e saúde: A recente reorganização do sistema público de saúde no Brasil. *Civitas – Revista de Ciências Sociais*, 4(1), 111-131. Recuperado de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/49>
- Galende, E. (1983). La crisis del modelo medico en psiquiatria. *Cuadernos Médico Sociales*, (23), 1-7.
- Gibb, J., Cameron, I. M., Hamilton, R., Murphy, E., & Naji, S. (2010). Mental health nurses' and allied health professionals' perceptions of the role of the Occupational Health Service in the management of work-related stress: How do they self-care? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(9), 838-845.
- Glanzner, C. H., Olschowsky, A., & Kantorski, L. P. (2011). O trabalho como fonte de prazer: Avaliação da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(3), 716-721.
- Godoy, M. G. C., Rigotto, R. M., Maciel, R. H. M., Teixeira, A. C. A., Cavalcanti, N. C., & Lopes, C. H. (2007). Condições organizacionais e saúde mental dos trabalhadores dos Caps do Ceará. *Anais do Quarto Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde*, Salvador, BA.
- Goldberg, J. (1994). *Clínica da psicose: Um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro, RJ: Te Corá/Instituto Franco Basaglia.
- Gomes, D. J., Araújo, T. M., & Santos, K. O. B. (2011). Condições de trabalho e de saúde de trabalhadores em saúde mental em Feira de Santana, Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 35(1), 211-230.
- Gonçalves, R. B. M. (1992). *Práticas de saúde: Processo de trabalho e necessidades*. São Paulo, SP: Cefor. Recuperado de <http://pt.scribd.com/doc/61303995/Ricardo-Bruno-Mendes-Goncalves-Praticas-de-Saude-Processos-de-Trabalho-e-Necessidades>
- Gonzáles, R. M. B., & Beck, C. L. C. (2002). O sofrimento e o prazer no cotidiano dos trabalhadores de enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 11(1), 169-186. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi->

bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p
&nextAction=lnk&exprSearch=14139&indexSearch=ID

- Gramsci, A. (1978). Americanismo e fordismo. In A. Gramsci, (Org.), *Obras escolhidas*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Guilbert, M. (1966). *Les fonctions des femmes dans l'industrie*. Holanda: Mouton & Co.
- Guimarães, J. M. X. (2007). *Satisfação dos trabalhadores de saúde mental: o caso dos centros de atenção psicossocial de Fortaleza-CE*. (Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE).
- Guimarães, J. M. X., Jorge, M. S. B., & Assis, M. M. A. (2011). (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: Um estudo nos Centros de Atenção Psicossocial. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 16(4), 2145-2154. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a14.pdf>
- Guljor, A. P. F. (2003). *Os centros de atenção psicossocial: um estudo sobre a transformação do modelo assistencial em saúde mental*. (Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro).
- Hahner, J. E. (1981). *A mulher brasileira e suas lutas sociais e políticas: 1850-1937*. São Paulo, SP: Brasiliense.
- Happell, B. (2008). Putting all the pieces together: Exploring workforce issues in mental health nursing. *Contemporary Nurse*, 29(1), 43-52.
- Harvey, D. (1992). *A condição pós moderna*. São Paulo, SP: Loyola.
- Heloani, R. (2002). *Organização do trabalho: Uma visão multidisciplinar*. São Paulo, SP: Cortez.
- Heloani, R. & Lancman S. (2004). Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação. *Produção*, 14(3), 77-86.
- Hennington, E. (2008). Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: Reflexões a partir da ergologia. *Revista de Saúde Pública*, 42(3), 555-561.
- Ishara, S., Bandeira, M., & Zuardi, A. W. (2008). Public psychiatric services: Job satisfaction evaluation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(1), 38-41.
- Jahrami, H. (2009). A survey of burnout of the mental health occupational therapy staff in the Psychiatric Hospital, Bahrain. *British Journal of Occupational Therapy*, 72(10), 458-464.
- Ken, T. (1990). *How Japanese management works* [Labor Notes].
- Kirschbaum, D. I. R., & Paula, F. K. C. (2001). O trabalho do enfermeiro nos equipamentos de saúde mental da rede pública de Campinas-SP. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 9(5), 77-82. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n5/7802.pdf>

- Konder, L. (1981). *O que é dialética*. São Paulo, SP: Brasiliense.
- Kosic, K. (2002). *Dialética do concreto* (7a ed.). Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra.
- Lancman, S. (2008). *Políticas públicas e processos de trabalho em saúde mental*. Brasília, DF: Paralelo 15.
- Lanzarin, C. C. (2003). *Carcereiros ou encarcerados: Um estudo sobre o trabalho dos auxiliares de enfermagem no Hospital Psiquiátrico São Pedro* (Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS). Recuperado de <http://www.ufrgs.br/ppgpsi/producao-intelectual/dissertacoes/dissertacoes-2003>
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1979). *Vocabulário de psicanálise*. Santos: Martins Fontes.
- Laurell, A. C. (1995). Avançando em direção ao passado: A política social do neoliberalismo. In A. C. Laurell (Org.), *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. São Paulo, SP: Cortez.
- Laurell, A. C. & Noriega, M. (1989). *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo, SP: Hucitec.
- Lefebvre, H. (1991). *Lógica formal lógica dialética* (5a ed.). Rio de Janeiro, RJ: Civilização Brasileira.
- Leite, M. P. (1994). *O futuro do trabalho: novas tecnologias e subjetividade operária*. São Paulo: Página Aberta.
- Lima, J. C. F. (2007). *O processo histórico do trabalho em saúde*. Rio de Janeiro, RJ: EPSJV/Fiocruz.
- Lloyd, C., McKenna, K., & King, R. (2005). Sources of stress experienced by occupational therapists and social workers in mental health settings. *Occupation Therapy International*, 12(2), 81-94.
- Lougon, M. (2006). *Psiquiatria institucional: Do hospício à reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Lourenço, E. A. S & Bertani, I. F. A. (2008). A fábrica em casa: precarização do trabalho no setor calçadista e os reflexos para a saúde dos trabalhadores. In: *VI Seminário do Trabalho: trabalho, economia e educação no século XXI*, 2008. Recuperado de <http://www.estudosdotrabalho.org/anais6seminariodotrabalho/edvaniaangelasouzaeirishennerbertani.pdf>.
- Lucács, G. (1979). *Ontologia do ser social: Os princípios ontológicos fundamentais de Marx*. São Paulo, SP: Ciências Humanas.
- Lunardi Filho, W. D. (1995). *Prazer e sofrimento no trabalho: Contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem* (Dissertação de mestrado, Universidade

- Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS). Recuperado de <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/33268>.
- Lunardi Filho, W. D., & Leopardi, M. T. (1999). *O trabalho da enfermagem: Sua inserção na estrutura do trabalho geral*. Rio Grande, RS: EDRAfurg.
- Macedo, Z. D. (2005). *Dificuldades que afetam os profissionais da saúde mental na rede pública da região oeste de Santa Catarina* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade do Oeste de Santa Catarina, Joaçaba, SC.
- Machado, M. H. (2006). Trabalhadores no SUS e sua Trajetória na Reforma Sanitária. *Cadernos RH Saúde*, 3 (1). Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cadernos_rh.pdf.
- Maeno, M. (2017). Crise e desregulamentação aumentam riscos e pioram saúde do trabalhador. *Rede Brasil Atual*. Recuperado em 09/05/2017 de <http://www.redebrasilatual.com.br/trabalho/2017/01/crise-e-trabalho-963.html>.
- Maguire, J., & Ryan, D. (2007). Aggression and violence in mental health services: Categorizing the experiences of Irish nurses. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 14(2), 120-127.
- Maior, J. L. S. (2016). PEC 241: Uma questão de poder. *Blog da Boitempo*. Recuperado em 08/05/2017, de https://blogdaboitempo.com.br/2016/10/17/pec-241-uma-questao-de-poder/#_edn1.
- Martins, J. T. (2008). *Prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro em unidades de terapia intensiva: Estratégias defensivas* (Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP. Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-06102008-151026/pt-br.php>
- Marx, K. (1969). *Capítulo VI inédito de O capital*. São Paulo, SP: Moraes.
- Marx, K. (1988). *O capital* (3a ed.). São Paulo, SP: Nova Cultural.
- Marx, K. (1993). *Manuscritos económicos-filosóficos*. Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Marx, K. (1996). *O capital: Livro I* (Vol. I, Tomo II). São Paulo, SP: Nova Cultural.
- Marx, K., & Engels, F. (1991). *A ideologia alemã* (8a ed.). São Paulo, SP: Hucitec.
- Mattoso, J. E. L. (1995). *A desordem do trabalho*. São Paulo: Página Aberta.
- Maykut, P., & Morehouse, R. (1994). *Beggining qualitative research: A philosophic and practical guide*. London, England: Farmer Press Teacher's Library.
- McDougall, J. (1991). *Teatros do corpo*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- McGuinness, M. (2004). Exploring the role of community mental health team managers. *Nursing Times*, 100(32), 40-43.

- Medeiros, M. H. R.; Dakuzaku, R. Y.; Garves, W. C. & Guarnieri, H. B. (1999). Conquistando novos campos de trabalho: a intervenção de Terapia Ocupacional em uma indústria de São Carlos. In: *VI Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional – Trajetórias e Perspectivas da Terapia Ocupacional*, Aguas de Lindóia, Anais.
- Meirelles, D. S. (2006). O conceito de serviço. *Revista Economia Política*, 26(1), 119-136.
- Meleiro, M. A. S. (2001). *O médico como paciente*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Mendes, D. P.; Moraes, G. F. S & Mendes, J. C. L. (2011). Análise da gestão de risco no trabalho de enfermagem em uma instituição psiquiátrica. *Trabalho & Educação*, 20 (1), 73-84.
- Mendes, E. V. (1994). As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: A conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In E. V. Mendes, *Distrito Sanitário: O processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo, SP: Hucitec.
- Mendes, E. V. (2001). *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador, BA: Casa da Qualidade.
- Mendonça, L. A. C. (1988). *Determinantes sociais do processo saúde-doença*. Curitiba: FCMR/SESA.
- Merhy, E. E. (1997a). Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho em saúde. In E. E. Merhy & R. Onocko (Orgs.), *Agir em saúde: Um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E. E. (1997b). *A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência*. Campinas, SP: UNICAMP. Recuperado de <http://www.hc.ufmg.br/gids/anexos/perda.pdf>
- Merhy, E. E. (2004). *Os CAPS e seus trabalhadores: No olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores*. Recuperado de <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-08.pdf>
- Merhy, E. E., & Franco, T. B. (2008). O trabalho em saúde. In I. B. Pereira & J. C. F. Lima (Org.), *Dicionário da educação profissional em saúde* (2a ed.). Rio de Janeiro, RJ: EPSJV.
- Merhy, E. E., & Onocko, R. (2007). *Agir em saúde: Um desafio para o público* (3a ed.). São Paulo, SP: Hucitec.
- Merlo, A. R. C., Vaz, M. A., Spode, C. B., Elbern, J. L. G., Karkow, A. R. M., & Vieira, P. R. B. (2003). O trabalho entre prazer, sofrimento e adoecimento: a realidade dos portadores de lesões por esforços repetitivos. *Psicologia & Sociedade*, 15(1), 117-136.
- Merlo, A. R. C., & Lapis, N. L. (2007). A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: Reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho. *Revista*

Psicologia e Sociedade, 19(1), 61-68. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822007000100009&script=sci_arttext

- Mészáros, I. (2002). *Para além do capital*. São Paulo, SP: Boitempo.
- Mills, W. (1979). *A nova classe média* (3a ed.). Rio de Janeiro, RJ: Zahar.
- Minayo, M. C. S. (1994). Ciência, técnica e arte: O desafio da pesquisa social. In M. C. S. Minayo, S. F. Deslandes, O. Cruz Neto, & R. Gomes (Orgs.), *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade* (7a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Minayo, M. C. S. (2004). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde* (8a ed.). São Paulo, SP: Hucitec.
- Ministério da Educação e Saúde (1941). *1ª Conferência Nacional de Educação e 1ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Educação e Saúde.
- Ministério da Previdência e Assistência Social. (1982). *Reorientação da assistência à saúde no ambiente da Previdência Social*. Brasília, DF: Coordenadoria de Comunicação Social/MPAS.
- Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. (1990). *ABC do SUS – doutrinas e princípios*. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde.
- Ministério da Saúde. Assessoria de Comunicação Social. (1991). *Lei orgânica da saúde*. Brasília, DF: Assessoria de Comunicação Social.
- Ministério da Saúde. (1992). *Portaria N° 224, de 29 de janeiro de 1992*. Recuperado de http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/saude-mental/PORTARIA_224.pdf
- Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. (1999). *Manual para a organização da atenção básica à saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2001). *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM.
- Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (2002). *O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: Avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2004). *Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2005). Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In *Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

- Ministério da Saúde. (2011). *Portaria GM/MS Nº. 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/manual_ambientes_caps_ua.pdf.
- Ministério da Saúde. (2012a). *Saúde complementar. Cresce o número de cidadãos que têm algum tipo de cobertura privada*. Informativo eletrônico. Recuperado em 04/10/2013 de <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/04/plano-de-saude-privado>.
- Ministério da Saúde. (2012b). *Saúde mental em dados - 10, ano VII, nº 10*. Informativo eletrônico. Brasília: MS. Recuperado de <http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental>.
- Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (2013a, 13 de junho). Resolução n.466/2012, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as normas para realização de pesquisas com seres humanos. *Diário Oficial da União, seção 1*.
- Ministério da Saúde. (2013b). *Manual de estrutura física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: Orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA como lugares de atenção psicossocial nos territórios*. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde. Recuperado de http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/manual_ambientes_caps_ua.pdf
- Molinier, P. (2006). *Les enjeux psychiques du travail*. Paris, France: Pyots & Rivages.
- Moraes Neto, B. R. (1991). *Marx, Taylor e Ford: As forças produtivas em discussão* (2a ed.). São Paulo, SP: Brasiliense.
- Nardi, H. C., & Ramminger, T. (2007). Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental em tempos de reforma psiquiátrica. *Revista Physis*, 17(2), 265-287.
- Navarro, V. L. (2003). O trabalho e a saúde do trabalhador na indústria de calçados. *Revista São Paulo em Perspectiva*, 71(2), 32-41.
- Navarro, V. L., & Padilha, V. (2007). Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo. *Psicologia e Sociedade*, 19(1), 14-20. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822007000400004&script=sci_arttext
- Neffa, J. C. (1998). *Los paradigmas productivos tayloristas y fordistas y sus crisis: una contribución a su estudio desde La teoría de La regulación*. Buenos Aires: Lumen.
- Nelson, D. (1984). *Le taylorisme*. Paris: La Decouvet.
- Nogueira, C. M. (2010). As relações sociais de gênero no trabalho e na reprodução. *Revista Aurora*, 4(6), 59-62. Recuperado de <http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/aurora/article/viewArticle/1231>

- Nogueira, V. M. R., & Pires, D. E. P. (2004). Direito à saúde: Um convite à reflexão. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(3), 753-760. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/12.pdf>
- Ockné-Reis, C. O., & Funcia, F. R. (2016). Desmonte do SUS: mito ou verdade? *CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*. Recuperado em 09/05/2017 de <http://cebes.org.br/2016/07/desmonte-do-sus-mito-ou-verdade/>.
- Offe, C. (1983). A democracia partidária competitiva e o welfare state keynesiano: fatores de estabilidade e desorganização. *Dados. Revista de Ciencias Sociais*, 26 (1), 29-51.
- Oliveira, A. G. B., & Alessi, N. P. (2003). O trabalho de enfermagem em saúde mental: Contradições e potencialidades atuais. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 11(3), 333-340. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16543.pdf>
- Oliveira, A. G. B. (2003). *A Reforma Psiquiátrica em Cuiabá/MT: análise do processo de trabalho das equipes das equipes de saúde mental*. (Tese de doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo SP).
- Oliveira, A. G. B., & Alessi, N. P. (2003). O trabalho de enfermagem em saúde mental: Contradições e potencialidades atuais. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 11(3), 333-340. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16543.pdf>
- Oliveira, F. B. O. & Silva, A. O. (2000). Enfermagem em saúde mental no contexto da reabilitação psicossocial e da interdisciplinaridade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 53(4), 584-592.
- Oliveira, R. M. R. (2001). *A abordagem das lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomoleculares relacionados ao trabalho - LER/DORT no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo - CRST/ES* (Dissertação de mestrado não publicada). Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ.
- Onocko, R. (2005). O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: Uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 10(3), 573-583.
- Osório, L. C. (2003). *Psicologia grupal: uma nova disciplina para o advento de uma era*. Porto Alegre: Artmed.
- Paim, J. S. (2006). *Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. Salvador, BA: EDUFBA.
- Peduzzi, M. (2003). Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, 1 (1), 75-91.
- Peduzzi, M. (2007). *Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população*. (Tese de doutorado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo SP). Recuperado de [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/MarinaPeduzzi%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/MarinaPeduzzi%20(1).pdf).

- Peduzzi, M., & Schraiber, L. B. (2008). Processo de trabalho em saúde. In I. B. Pereira & J. C. F. Lima (Org.), *Dicionário da educação profissional em saúde* (2a ed.). Rio de Janeiro, RJ: EPSJV. Recuperado de <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>
- Pereira, I. B. & Ramos, M. N. (2006). *Educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ.
- Peres, M. A. C. (2010). *O taylorismo/fordismo à acumulação flexível toyotista: Novos paradigmas e velhos dilemas*. Recuperado de http://cesarmangolin.files.wordpress.com/2010/02/taylorismo_e_fordismo_toyotismo1.pdf
- Perrot, M. (1991). Figuras e papéis. In M. Perrot (Org.), *Histórias da vida privada 4*. São Paulo, SP: Companhia das Letras.
- Pimenta, A. L. (1993). O SUS e a municipalização à luz da experiência concreta. *Revista Saúde e Sociedade*, 2(1), 25-40.
- Pinheiro, M. C.; Westphal, M. F. & Akerman, M. (2005). Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. *Cadernos de Saúde Pública*, 21 (2), 449-458.
- Pires, D. E. P. (1996). *Processo de trabalho em saúde, no Brasil, no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho: Estudo em instituições escolhidas* (Tese de doutorado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP). Recuperado de <http://cutter.unicamp.br/document/?code=vtls000116005>
- Pires, M. F. C. (1997). O materialismo histórico-dialético e a educação. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 1(1), 83-94.
- Pochmann, M. (2012). Sindeepres: as relações de trabalho terceirizado. *Seminário 20 anos de terceirização no Brasil*. Sindeepres, 2012. 19p.
- Prado Junior, C. (2007). *Teoria marxista do conhecimento. Curso de extensão universitária: “De Marx aos Marxista” do Instituto Práxis de Educação e Cultura*. Recuperado de http://pcbriopreto.vilabol.uol.com.br/biblioteca/caioprado_teoriamarxista1.htm
- Prazeres, T. J. (2010). *Na costura do sapato, o desmanche das operárias: Um estudo das condições de trabalho e saúde das pespontadeiras da indústria de calçados de Franca (SP)* (Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP). Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-08072010-095933/pt-br.php>
- Prefeitura de Uberlândia. (2012). *Setores de atendimento à saúde*. Recuperado de <http://www.uberlandia.mg.gov.br/?pagina=secretariasOrgaos&s=65&pg=71>
- Prost, A. (1992). O trabalho. In A. Prost & G. Vincent (Org.). *História da vida privada 5*. São Paulo, SP: Companhia das Letras.

- Queiroz, V. M. & Salum, M. J. L. (1996). Reconstruindo a intervenção de Enfermagem em saúde coletiva. In. *Livro Resumo 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem*, p. 347. São Paulo, SP: ABEn-Seção-SP.
- Rago, M. (1985). *Do cabaré ao lar: A utopia da cidade disciplinar: Brasil 1890-1930*. Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra.
- Ramminger, T. (2005). *Trabalhadores de saúde mental: reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental*. (Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre).
- Ramminger, T. (2008). Saúde do trabalhador de saúde mental: Uma revisão dos estudos brasileiros. *Saúde em Debate*, 32(78/80), 60-71.
- Ramminger, T. (2009). *Cada CAPS é um CAPS: A importância dos saberes investidos na atividade para o desenvolvimento da atividade em saúde mental* (Tese de doutorado não publicada). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, RJ.
- Ramminger, T., & Brito, J. C. (2008). O trabalho em saúde mental: Uma análise preliminar relativa à saúde dos trabalhadores dos serviços públicos. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 33(117), 36-49. Recuperado de <http://www.fundacentro.gov.br/rbso/BancoAnexos/RBSO%20117%20Trabalho%20em%20saúde%20mental.pdf>
- Rebouças, D., Legay, L. F., & Abelha, L. (2007). Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental. *Revista de Saúde Pública*, 41(2), 244-250.
- Ribeiro, H. P. (1999). *A violência oculta do trabalho: as lesões por esforços repetitivos*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Saboia, J. (1992). O terciário: um setor em crescimento no Brasil. *São Paulo em Perspectiva*, 6 (3), 25-26.
- Saboia, J. (2014). Baixo crescimento econômico e melhora do mercado de trabalho – como entender a aparente contradição? *Estudos Avançados*, 28 (81), 115-125. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142014000200008>.
- Santos, M. P. G. (2007). Relações de trabalho nos serviços públicos de saúde mental. *Anais do Primeiro Simpósio sobre Condições de Trabalho e Saúde no Setor de Saúde*, Belo Horizonte, MG.
- Saraceno, B., Ascoli, F. & Tognoni, G. (1994). *Manual de Saúde Mental: guia básico para atenção primária*. São Paulo: Hucitec.
- Sato, L. (1998). Trabalho como categoria explicativa dos problemas psicossomáticos e da saúde mental. In R. Volich, F. Ferraz & M. A. Arantes (Org.), *Psicossoma II: Psicossomática psicanalítica* (pp. 175-181). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

- Schraiber, L. B. (1993). *O médico e o seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec.
- Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17, 29-41.
- Seligmann-Silva, E. (2011). *Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo*. São Paulo: Cortez.
- Silva, G. B. (1986). *Enfermagem profissional: análise crítica*. São Paulo: Cortez.
- Silva, M. B. B. (2005). Atenção psicossocial e gestão de populações: Sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 15(1), 127-150. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000100008
- Silva, M. B. B. (2007). O técnico de referência no Centro de Atenção Psicossocial: Uma nova especialidade no campo da saúde mental? *Revista Vivências*, (32), 227-233.
- Silveira, P., & Doray, B. (1989). *Elementos para uma teoria marxista da subjetividade*. São Paulo, SP: Vértice.
- Singer, P. (1989). *O capitalismo: sua evolução, sua lógica e sua dinâmica* (3a ed.). São Paulo: Moderna.
- Singh, C. (2011). Burnout in mental health nurses. *Australian Nursing Journal*, 19(4), 38-39.
- Slack, N., Chambers, S., Harland, C., Harrison, A., & Johnston, R. (1997). *Administração de produção*. São Paulo, SP: Atlas.
- Soares, L. T. R. (2001). *Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Souza Santos, F., & Cavalcanti Valente, G. S. (2012). Custody psychiatric hospital: Interference in health nursing worker - descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 11(Suppl. 1), 420-423.
- Teixeira, M. O. L. (1997). Nascimento da psiquiatria no Brasil. *Cadernos IPUB*, (8), 42-78.
- Teixeira, M. O. & Krein, J. D. (2016). A terceirização e o trabalho precário na indústria: percepção de mulheres e homens terceirizados. In: M. O. Teixeira, H. R. Andrade & E. D. Coelho (Orgs.), *Precarização e terceirização: faces da mesma realidade*. São Paulo: Sindicato dos Químicos – SP.
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira da década de 1980 aos dias atuais: História e conceitos. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 9(1), 25-59. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

- Ting, L., Jacobson, J. M., & Sanders, S. (2011). Current levels of perceived stress among mental health social workers who work with suicidal clients. *Social Work*, 56(4), 327-36.
- Tittoni, J. (1994). *Subjetividade e trabalho*. Porto Alegre, RS: Ortiz.
- Thibert, M. (1961). L'évolution du travail féminin. *Esprit* (May), 724-741.
- Trigo, M. H. B. (1994). A mulher universitária: Códigos de sociabilidade e relações de gênero. In C. Bruschni & B. Sorj, *Novos olhares: Mulheres e relações de gênero no Brasil*. Rio de Janeiro, RJ: Fundação Carlos Chagas.
- Triviños, A. N. S. (1987). *Introdução à pesquisa em ciências: A pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo, SP: Atlas.
- Verhaeghe, M., & Bracke, P. (2012). Associative stigma among mental health professionals: Implications for professional and service user well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 53(1), 17-32.
- Villela, S. C. & Scatena, M. C. M. (2004). A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. *Revista brasileira de enfermagem*, 57 (6), 738-741.
- Wood, T., Jr. (1992). Fordismo, Toyotismo e Volvismo: Os caminhos da indústria em busca do tempo perdido. *Revista de Administração de Empresas*, 32(4), 6-18.
- Yin, R. K. (2010). *Estudo de caso: Planejamento e métodos*. Porto Alegre, RS: Bookman.
- Zago, K. S. A. (2007). *Assistência em saúde mental: Atuação dos trabalhadores de enfermagem de nível médio em uma enfermagem de psiquiatria de um hospital geral* (Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP). Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-12032008-101102/pt-br.php>
- Zerbetto, S. R., & Pereira, M. A. O. (2005). O trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(1), 112-117. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000100018&script=sci_arttext

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: O impacto do trabalho na saúde de profissionais do serviço público de saúde mental.

Pesquisadora responsável: Yasmin Livia Queiroz

Orientadora da Pesquisa: Profa. Dra. Vera Lucia Navarro

Instituição a que pertence a Pesquisadora Responsável e Orientadora: Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Você está sendo convidado (a) para participar do projeto de pesquisa acima identificado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir, a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo para você.

A presente pesquisa procura conhecer o trabalho de uma equipe de trabalhadores do serviço público de saúde mental e verificar a relação entre o trabalho e a saúde desses profissionais. Apontamos que o interesse por este estudo se justifica visto que a literatura tem demonstrado que a precarização do trabalho em saúde mental é um componente que acompanhou o hospital psiquiátrico e continua presente ainda hoje nos novos serviços de saúde mental e isso gerou consequências desastrosas na vida e na saúde dos trabalhadores e, além disso, novos estudos poderão agregar reflexões para a compreensão deste campo visto que os recursos científicos disponíveis que versam sobre a relação entre saúde-adoecimento dos trabalhadores da saúde mental ainda são escassos, especialmente após as transformações advindas da reforma psiquiátrica. Considera-se ainda que este estudo poderá possibilitar a compreensão de uma realidade vivenciada por muitos e que remeterá à experiência coletiva vivenciada por grande parte dos trabalhadores dos serviços públicos de saúde mental. Aponta-se que pesquisas que abordem o mundo do trabalho, suas precariedades e necessidade de mudança são de grande importância para conscientizar a sociedade, buscando assim condições de vida e de trabalho mais humanas.

Neste sentido, o objetivo principal desta pesquisa será investigar as condições de trabalho de uma equipe de trabalhadores do serviço público de saúde mental e verificar a relação entre o trabalho e a saúde desses profissionais.

Como instrumento de coleta de dados será utilizado a entrevista semiestruturada. As entrevistas serão agendadas e realizadas no domicílio dos trabalhadores. O número de encontros será definido à medida que os depoimentos se tornarem repetitivos, tendo alcançado seu ponto de saturação, tendo uma previsão de aproximadamente 2 a 3 encontros. Para registro dos encontros será utilizado um gravador de áudio e, posteriormente, será feita a transcrição das entrevistas.

Além da entrevista, serão realizadas observações da rotina da instituição de trabalho dos participantes na pesquisa (CAPS Oeste) e da reunião semanal da equipe profissional. Essas observações não serão gravadas, mas a responsável pela pesquisa poderá fazer anotações em diários sobre o que observou.

Os registros feitos durante a entrevista não serão divulgados aos profissionais que trabalham nessa Instituição, mas as conclusões geradas acerca dos resultados obtidos poderão ser apresentados em encontros científicos e publicados em revistas especializadas. As transcrições das entrevistas e as fitas de áudio gravadas serão guardadas pela pesquisadora por um período de cinco anos, sendo depois desse prazo incineradas.

Não há previsão de riscos pela sua participação na pesquisa, porém você poderá sentir algum desconforto diante de alguma pergunta, sendo que está livre para se recusar a respondê-la sem que isso traga qualquer prejuízo para você ou para a pesquisadora.

Poderá não haver benefícios diretos ou imediatos para você enquanto participante deste estudo, mas novos conhecimentos nesta temática poderão contribuir para um melhor entendimento e a realização de ações voltadas para este objeto de estudo.

A sua participação na pesquisa é isenta de despesas e você também não receberá nenhum ressarcimento porque não haverá despesas na realização da pesquisa.

Você tem total liberdade de recusar, desistir ou de interromper a colaboração nesta pesquisa no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação. A sua desistência não causará nenhum prejuízo à pesquisa ou a relação com a pesquisadora e nem a sua relação com a instituição na qual trabalha. A sua desistência também não virá a interferir na realização da pesquisa em andamento.

Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, porém há a previsão de que a pesquisa concluída seja divulgada em eventos e publicações científicas, porém todos os seus dados pessoais ou correlações a eles não serão mencionados.

Você tem a garantia de tomar conhecimento e obter informações, a qualquer tempo, dos procedimentos e métodos utilizados neste estudo, bem como dos resultados finais, desta pesquisa. Para tanto, poderá consultar o **pesquisador responsável** sempre que precisar através de telefone

ou e-mail: yasmin.queiroz@usp.br/yasminqueiroz88@hotmail.com ou pelo telefone (64) 9293-0120/(64) 3433-1580.

Em caso de dúvidas não esclarecidas pelos pesquisadores, de discordância com os procedimentos, ou de irregularidades de natureza ética você também poderá contatar o **Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciência e Letras de Ribeirão Preto - USP**, com endereço na Avenida Bandeirantes, 3900 – bloco 3 – sala 16 – 14040-901 – Ribeirão Preto – SP - Brasil. Fone: (16) 3602-4811/Fax: (16) 3633-2660. E-mail: coetp@ffclrp.usp.br.

Declaro que obtive todas as informações necessárias e esclarecimento quanto às dúvidas por mim apresentadas e, por estar de acordo, assino o presente documento em duas vias de igual conteúdo e forma, ficando uma em minha posse.

_____, (), _____ de _____ de _____.

Nome do voluntário (a): _____

Carteira de Identidade RG nº: _____

Assinatura do voluntário

Yasmin Livia Queiroz
Contato: (64) 9293-0120

Orientadora: Vera Lucia Navarro
Contato: (16) 3602- 3807

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1) Dados sócio-demográficos:

Nome:

Data de nascimento:

Sexo:

Estado Civil:

Filhos: Idade dos filhos:

Formação:

Função que exerce na instituição:

Tempo de trabalho na instituição:

Outras atividades profissionais:

Carga horária na instituição:

Carga horária em outras atividades:

Período que trabalha:

Faixa salarial:

Renda familiar:

2) Vida Profissional

- a) Há quanto tempo o (a) Sr. (a) trabalha na área de saúde?
- b) Há quanto tempo o (a) Sr. (a) trabalha na área de saúde mental?
- c) Já trabalhou em alguma outra instituição de saúde mental?
- d) Como é o seu contrato de trabalho no CAPS?
- e) O Sr. (a) recebeu algum tipo de capacitação, treinamento ou orientação para trabalhar no CAPS?
- f) O Sr. (a) sabe o que é Reforma Psiquiátrica? Se sim, o Sr. (a) acredita que o CAPS atua segundo as premissas da Reforma? Em que sentido?
- g) O (a) Sr. (a) costuma fazer hora extra? Tem banco de horas?
- h) O (a) Sr. (a) tem outro vínculo de emprego? Faz algum “bico”, plantões particulares? Outros tipos?
- i) O (a) Sr. (a) é sindicalizado (a)?
- j) O (a) Sr. (a) tem que cumprir metas no seu trabalho?
- k) Com relação ao planejamento e execução do trabalho, há controle da instituição quanto a isso?
- l) Há algum tipo de controle sobre o desempenho de seu trabalho? Como você vivencia esse controle?
- m) Quais são as barreiras que o (a) Sr. (a) encontra para desenvolver seu trabalho e o que faz para enfrentá-las?
- n) A instituição oferece condições adequadas para execução do seu trabalho? O que falta?

3) Saúde:

- a) O (a) Sr. (a) apresentou algum tipo de problema de saúde no último ano? Qual foi a causa?
- b) Com que frequência o (a) Sr. (a) faz avaliação médica?
- c) Faz uso de alguma medicação contínua? Qual?

- d) O (a) Sr. (a) já fez ou faz algum tipo de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico? Já pensou em fazer?
- e) O (a) Sr. (a) acha que o trabalho interfere na sua saúde? Comente
- f) O (a) Sr. (a) já se acidentou ou adoeceu em decorrência do trabalho? Comente
- g) O (a) Sr. (a) já teve afastamento por motivo de saúde? Qual?
- h) O (a) Sr. (a) apresenta ou apresentou algum desses problemas de saúde no último ano? Com que frequência?
 - Dor de cabeça
 - Dor de estômago
 - Gastrite
 - Enxaqueca
 - Hipertensão
 - Alergia
 - Rouquidão
 - Nervosismo
 - Ansiedade
 - Depressão
 - Insônia
 - Irritação
 - Dores no corpo
 - Desânimo
 - Excesso ou falta de apetite
 - Aumento da vontade de fumar
 - Tristeza sem causa aparente
 - Aumento da vontade de consumir bebidas alcoólicas
 - Baixa auto estima
 - Falta de vontade sair ou de manter contato com outras pessoas
 - Medo
 - Insegurança
 - Outros
- i) Quando apresenta algum desses problemas o que o (a) Sr. (a) costuma fazer? Faz automedicação?
- j) O que o (a) Sr. (a) faz para relaxar? Já fez uso de bebida alcoólica com essa finalidade?
- k) O (a) Sr. (a) fuma?
- l) O (a) Sr. (a) sabe de colegas que fazem uso de substâncias lícitas ou ilícitas para relaxar?
- m) O (a) Sr. (a) realiza alguma atividade de lazer? Com que frequência?
- n) O que costuma fazer quando não está trabalhando?
- o) Pratica alguma atividade física? Está satisfeito com seu corpo e com a sua saúde?
- p) Tem facilidade para dormir? Costuma ter quantas horas de sono por dia? Faz uso de algum medicamento para dormir?
- q) Já foi vítima ou presenciou situações de assédio moral no trabalho? Como se sentiu?

4) Prazer e sofrimento no trabalho

- a) O (a) Sr. (a) se sente satisfeito com seu trabalho? Comente sobre isso
- b) O que te proporciona prazer na profissão?

- c) O (a) Sr. (a) gostaria de mudar de trabalho? Por que?
- d) Como é seu relacionamento com os colegas de trabalhos?
- e) O (a) Sr. (a) se sente respeitado (a) pela instituição e pelos colegas de trabalho?
- f) Seu trabalho é reconhecido?
- g) O (a) Sr. (a) recebe críticas durante seu trabalho?
- h) O (a) Sr. (a) sente que faz a diferença na instituição?
- i) O que traz sofrimento no seu trabalho?
- j) Como o (a) Sr. (a) se sente depois de um dia de trabalho?
- k) O (a) Sr. (a) acha que seu trabalho interfere em sua vida pessoal? Comente