

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

MANOEL DEUSDEDIT JÚNIOR

**O papel do trabalho na redução da distância entre os serviços da Saúde Mental
e da Saúde do Trabalhador**

Belo Horizonte
2014

MANOEL DEUSDEDIT JÚNIOR

O papel do trabalho na redução da distância entre os serviços da Saúde Mental e da Saúde do Trabalhador

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, da Universidade Federal de Minas Gerais.

Área de concentração: Psicologia Social

Linha de pesquisa: Trabalho, sociabilidade e saúde

Orientadora: Prof^a Dra. Maria Elizabeth Antunes Lima

Belo Horizonte

2014

150
D486p
2014

Deusdedit Júnior, Manoel

O papel do trabalho na redução da distância entre os serviços da saúde mental e da saúde do trabalhador [manuscrito] / Manoel Deusdedit Júnior. - 2014.

281 f.

Orientadora: Maria Elizabeth Antunes Lima.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Saúde Mental - Teses. 3. Trabalho - Teses. 4. Trabalhadores – Aspectos da saúde - Teses. 5. Sistema Único de Saúde (Brasil) . I. Lima, Maria Elizabeth Antunes. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



FOLHA DE APROVAÇÃO

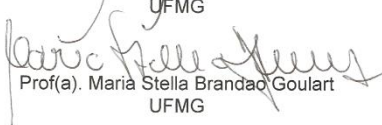
O papel do trabalho na redução do fosso entre os serviços da Saúde Mental e da Saúde do Trabalhador

MANOEL DEUSDEDIT JÚNIOR

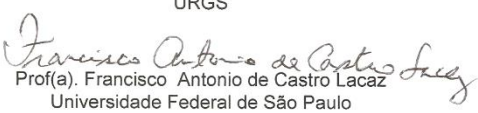
Tese submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Doutor em PSICOLOGIA, área de concentração PSICOLOGIA SOCIAL, linha de pesquisa Trabalho, Sociabilidade e Saúde.

Aprovada em 29 de agosto de 2014, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Maria Elizabeth Antunes Lima - Orientador
UFMG


Prof(a). Maria Stella Brandão Goulart
UFMG


Prof(a). Maria da Graça Corrêa Jacques
URGS


Prof(a). Francisco Antonio de Castro Lacaz
Universidade Federal de São Paulo


Prof(a). Elizabeth Costa Dias
UFMG

Belo Horizonte, 29 de agosto de 2014.

A Janny, Raphael e Daphne, companheiros
fiéis em **todos** os momentos.

Ao meu pai e amigo, Sr. Deusdedit, e à
minha mãe, D. Tita (*in memoriam*),
presente mesmo na ausência

.

AGRADECIMENTOS

Ainda que possa parecer que a escrita de uma tese seja algo solitário, vemos que, ao longo do processo, muitos são os responsáveis para que ela se torne possível. Nesse sentido, tive a grata satisfação de constatar que nenhuma produção é de um só: vocês jamais permitiram que eu me sentisse sozinho na realização deste trabalho.

Em primeiro lugar, à profa. Dra. Maria Elizabeth Antunes Lima, que, muito mais que orientadora, foi também amiga e “mãe intelectual” (feliz expressão de Codo de quem tomei emprestada). A ela, que me apresentou a área da Saúde Mental & Trabalho e que, desde então, esteve sempre presente em minha trajetória pessoal/profissional, toda a minha gratidão.

Às professoras que estiveram presentes em minha qualificação, Dra. Leny Sato e Dra. Elizabeth Costa Dias, pelas preciosas sugestões que muito me auxiliaram na organização da minha pesquisa e escrita do meu trabalho.

Aos professores da banca de defesa, Dra. Elizabeth Costa Dias, Dr. Francisco Antônio de Castro Lacaz, Dra. Maria da Graça Corrêa Jacques e Dra. Maria Stella Brandão Goulart, por se disporem a ler e contribuir com meu trabalho.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia com quem tive a oportunidade de aprofundar meus conhecimentos.

Aos funcionários da Secretaria da Pós-Graduação, Heloísa, Flávia e Fabrício, pelo suporte que me deram.

À Marlene, pela revisão cuidadosa do texto.

Ao André, bolsista, e à Deborah, monitora, que dividiram comigo não apenas parte das atividades da pesquisa, mas também momentos de angústia.

Aos estagiários do Curso de Psicologia da UFMG, Bárbara, Ciléia, Júlia, Luiz e Mariana, e os do Curso de Psicologia da PUC Minas em Betim, Isabela, Jéssica, Nayara, Sabrina, Thaís, Gisélia, Késia, Reinaldo, Samara e Elisiene, com quem tive a oportunidade de discutir dados e amadurecer reflexões.

À minha amiga, Matilde pelas interlocuções, sobretudo, em momentos difíceis.

Aos profissionais do CEREST Betim, companheiros na luta pela saúde do trabalhador, em especial à Magda e Adriana e ao Sávio.

A todos os trabalhadores do CERSAM Betim Central, em especial, Maurício, Ênio, Celso, por terem me contagiado com a paixão pela causa da Saúde Mental.

Aos usuários dos serviços de saúde de Betim, sobretudo, aqueles que se dispuseram a participar dos estudos de casos.

Aos professores da PUC Minas em Betim, companheiros de labuta, sempre solidários e interessados em meu sucesso. E ao Colegiado do Curso, por terem possibilitado a minha dedicação à tese.

Ao meu pai, meus irmãos, cunhados e sobrinhos, que conseguiram compreender e suportar minha ausência.

A todos os meus amigos, que, direta e/ou indiretamente, contribuíram para que esta tese se tornasse uma realidade.

E um agradecimento mais que especial à minha esposa Janny e aos meus filhos Raphael e Daphne, que, certamente, foram os mais afetados pelo meu processo de doutoramento. A eles, razão do meu existir, ofereço este trabalho.

RESUMO

Deusdedit Júnior, M. (2014). *O papel do trabalho na redução da distância entre os serviços da Saúde Mental e da Saúde do Trabalhador*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

A tese investiga o papel da categoria trabalho na redução da distância entre alguns dos dispositivos do SUS em Betim, com enfoque maior em um dos Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) e o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). A partir de quatro estudos de caso de usuários desses serviços, de entrevistas com profissionais, da participação nas reuniões de equipe e do levantamento de dados documentais, foram identificadas algumas das possíveis causas para o fosso existente entre o campo da Saúde Mental e o da Saúde do Trabalhador no município. Também foram investigadas algumas das estratégias que têm possibilitado a aproximação entre eles. Como causas do fosso e fatores que dificultam a articulação entre esses dispositivos, os dados sugerem alguns elementos: a origem desses dispositivos; a concepção que os demais trabalhadores da saúde têm a seu respeito, sendo o CEREST mais associado à seguridade social e o CERSAM, ao tratamento do portador de sofrimento mental; a especificidade do público alvo que chega às unidades; a lógica de orientação dos serviços, sendo que o CERSAM prima pelo atendimento a casos clínicos individuais e o CEREST pauta suas ações na perspectiva da Saúde Coletiva; a fundamentação teórica que serve de orientação para a prática dos profissionais desses serviços. Apesar dessas diferenças, verificou-se que a visão do trabalho como fonte de saúde é comum aos dois dispositivos, representando uma possibilidade de aproximação entre eles. Foi observado, também, que no próprio trabalho ali realizado há “embriões” que apontam na direção de uma maior articulação entre os dispositivos envolvidos. Ressalta-se que, nesse processo, a incorporação da categoria trabalho pode trazer avanços, sobretudo, porque essa pressupõe a superação da dicotomia indivíduo/sociedade, permitindo, assim, contemplar, tanto a dimensão coletiva, quanto os aspectos singulares dos processos saúde / doença.

Palavras-chave: Saúde Mental e Trabalho; Saúde do Trabalhador; Saúde Mental.

ABSTRACT

Deusdedit Júnior, M. (2014). The role of work in reducing the gap between services of Mental Health and Occupational Health. PhD Thesis. Graduate Program in Psychology. Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte.

The present thesis investigates the role of the category "work" in reducing the gap between some SUS unities in Betim, focusing especially on one of the Reference Centers for Mental Health (CERSAM) and on the Reference Center for Occupational Health (CEREST). By means of four case studies regarding users of these services, interviews with professionals, participations in team meetings, and gathering document data, we have identified some of the possible causes for the existing abyss between the fields of Mental Health and Occupational Health in the district. Furthermore, some of the strategies that have allowed for an approximation between the two fields have also been investigated. Concerning the causes for the abyss and the elements that hinder the relationship between the two units, the data points to some features related to the origin of each of those units; to the conception held by other health professionals regarding each one of the units, in which the CEREST is usually associated with social security and the CERSAM is seen as the sole entity responsible for treatment of the afflicted by mental maladies; to the specificity of the target-user of each unit; to the logic that orients these services, considering that CERSAM excels in caring for individual clinical cases, while CEREST conducts its activity according to the Collective Health perspective; to the theoretical basis that informs the practices of professionals from each one of these services. The view in which work is seen as a source of well-being is common to both units and thereby represents a possibility of approximation between them. It has also been observed that in the very work performed in the units there are "germs" which point towards a stronger interaction between the units in question. Let us stress that in this process the integration of the category "work" can bring progress, all the more so because it presupposes the overcoming of the individual/society dichotomy and therefore enables one to contemplate both the collective dimension and the singular aspects of the health/sickness processes.

Key-words: Mental Health and Work; Occupational Health; Mental Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – “Modelo’ de atenção da RENAST	104
Figura 2 – “Rede de Atenção à Saúde Mental”	108
Figura 3 – Saúde do Trabalhador no SUS Betim: organização atual	113

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Comparativo de Concessão de auxílios-doença previdenciários e acidentários no período anterior (abr./06 a mar./07) e a partir da implementação (abr. /07 a mar. 08) do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP)	22
Tabela 2 – Consolidado dos instrumentos adotados na coleta de dados	145

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AT – Acompanhamento Terapêutico

CAIST-MG – Coordenação Estadual de Saúde do Trabalhador – Minas Gerais

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho

CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CERSAM – Centro de Referência em Saúde Mental

CERSAMI – Centro de Referência em Saúde Mental Infantojuvenil

CID – Classificação Internacional de Doenças

CISAT – Comissão Intersindical de Saúde e Trabalho

CNAE – Classificação Nacional de Atividade Econômica

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CREPOP – Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas

CRST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

DIESAT – Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos
Ambientes de Trabalho

DRT – Delegacia Regional do Trabalho

INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social

LER – Lesão por Esforço Repetitivo

LER/DORT – Lesão por Esforço Repetitivo / Distúrbio Osteomuscular Relacionado
ao Trabalho

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NTEP – Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PMB – Prefeitura Municipal de Betim

PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PNASH/Psiquiatria – Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/
Psiquiatria

PNSST – Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador

PRH – Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica

PST – Programa de Saúde do Trabalhador

PUC – Pontifícia Universidade Católica

RENAST – A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

REVISA – Referência Técnica em Vigilância em Saúde

SAIT – Serviço de Atendimento Integral ao Trabalhador

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAS – Setor de Assistência ao Servidor

SEMAS – Secretaria Municipal de Assistência Social

SERSAT – Serviço de Referência em Saúde do Trabalhador

SESMT – Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do
Trabalho

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SM – Saúde Mental

SM&T – Saúde Mental e Trabalho

ST – Saúde do Trabalhador

SUS – Serviço Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
CAPÍTULO 1 – O CAMPO DA SAÚDE MENTAL & TRABALHO	17
1.1– Por que se preocupar?	17
1.2 – Pesquisas em Saúde Mental & Trabalho no Brasil.....	24
1.3 – As abordagens teórico-metodológicas em Saúde Mental e Trabalho mais influentes no Brasil	33
1.3.1 – <i>A Psicodinâmica do Trabalho</i>	36
1.3.2 – <i>A psicologia concreta de Georges Politzer e a proposta de Louis Le Guillant</i>	46
1.4 – Ergoterapia: o trabalho como fonte de saúde mental.....	51
1.4.1 – <i>As origens das práticas em ergoterapia</i>	51
1.4.2 – <i>A ergoterapia na França do pós-guerra</i>	56
1.4.3 – <i>A ergoterapia no Brasil</i>	60
1.4.4 – <i>O trabalho como fonte de saúde mental</i>	65
1.5 – O trabalho na gênese e desenvolvimento do ser social.....	69
1.6 – O trabalho nos processos saúde-doença: o singular e o coletivo	76
1.6.1 – <i>Saúde Coletiva e subjetividade</i>	81
1.6.2 – <i>A dimensão singular da saúde</i>	91
CAPÍTULO 2 – A CONFIGURAÇÃO DAS “REDES” DA SAÚDE DO TRABALHADOR E DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL	96
2.1 – A Saúde do Trabalhador	96
2.1.1 – <i>A Saúde do Trabalhador no Brasil</i>	98
2.1.2 – <i>A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST)</i>	102
2.2 A Saúde Mental.....	105
2.2.1 – <i>Os dispositivos da Saúde Mental no Brasil</i>	105
CAPÍTULO 3 – O CAMPO DA PESQUISA: SAÚDE MENTAL & TRABALHO NO SUS BETIM	110
3.1 – A Saúde do Trabalhador em Betim	110
3.1.1 – <i>O serviço de psicologia do CEREST Betim</i>	117
3.2 – A rede de Saúde Mental em Betim.....	122
3.2.1 – <i>CERSAM Betim Central</i>	126
3.3 – Alguns dispositivos “externos” à Rede SUS Betim	132
CAPÍTULO 4 – QUESTÕES METODOLÓGICAS.....	136
4.1 – A etapa da coleta de dados	139
4.2 – Construção do dispositivo metodológico	146

CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA.....	149
5.1 – Fluxos de atendimento aos usuários do SUS em Betim.....	149
5.1.1 – Caso G.....	150
5.1.2 – Caso R.....	164
5.1.3 – Caso L.....	182
5.1.4 – Caso C.....	191
5.2 – Discussão dos casos	199
5.2.1 – Comparando os casos G e R.....	200
5.2.2 – Comparando os casos L e C.....	204
CAPÍTULO 6 – DA IDENTIFICAÇÃO DAS RAÍZES DA DISTÂNCIA ENTRE SM E ST À SUA SUPERAÇÃO.....	207
6.1 – Compreendendo as “raízes” do fosso entre a SM e a ST	207
6.1.1 – Sobre origem dos serviços	207
6.1.2 – Sobre a concepção dos serviços pelos demais profissionais da rede SUS.....	212
6.1.3 – Sobre o tipo de público atendido	216
6.1.4 – Sobre a fundamentação teórica.....	220
6.1.5 – Sobre a lógica de orientação do funcionamento dos serviços.....	232
6.1.6 – Sobre outros fatores que reforçam o fosso.....	237
6.2 – A importância da categoria trabalho na superação do “fosso” entre SM e ST no SUS Betim.....	244
6.2.1 – Trabalho como fonte de saúde: um elemento comum à SM e ST?.....	245
6.2.2 – Necessidade de problematizar a noção de trabalho	249
6.2.3 – “Embriões” da articulação entre Saúde Mental e Saúde do Trabalhador	256
CONSIDERAÇÕES FINAIS:.....	266
REFERÊNCIAS	271

INTRODUÇÃO

Nossa proposta de pesquisa partiu da constatação de uma histórica lacuna existente entre, de um lado, as produções teóricas e as práticas no campo da Saúde do Trabalhador e, de outro, as discussões envolvendo o campo da Saúde Mental. O interesse particular por esse tema surgiu da nossa experiência vinculada ao ensino e extensão realizados no Curso de Psicologia da PUC Minas, em Betim, quando nos deparamos com uma carência, no município, de serviços que pudessem responder à crescente demanda dos trabalhadores por um atendimento em saúde mental que levasse em consideração os problemas que enfrentavam no trabalho. Desde 2004, passamos a nos questionar sobre a necessidade de um serviço dessa natureza, o que nos colocou em contato com alguns dispositivos da rede de saúde de Betim, principalmente, o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

Assim, na ocasião da elaboração do nosso projeto de tese, nós nos propusemos a investigar como se dá a inserção de ações em Saúde Mental e Trabalho na Rede Pública de Saúde desse município e a buscar entender como se organizam os serviços de saúde para lidar com os problemas de saúde mental dos trabalhadores. Tentamos, então, encontrar respostas para algumas questões: como se identifica a demanda? Quem a propõe? Como são feitos os diagnósticos, com quais recursos teóricos e em quais serviços (CAPS, Unidades Básicas de Saúde, CEREST, etc.)? Quais são as modalidades de atendimento a essa demanda? Que estratégias são usadas na assistência e vigilância em saúde do trabalhador com foco na saúde mental? De onde vêm os usuários dos serviços de saúde e como chegam a esses serviços? Quais os destinos dados a eles? Haveria uma integração entre as estratégias usadas na Saúde do Trabalhador e nos Serviços de Saúde Mental?

Esses questionamentos colocavam, de antemão, a necessidade de se investigar as bases teóricas que fundamentam as práticas no campo da Saúde Mental e Trabalho, identificando, de um lado, as controvérsias internas a esse campo e, por outro, as concepções teóricas subjacentes a cada um dos campos pesquisados (Saúde do Trabalhador e Saúde Mental) e que poderiam dificultar a integração entre esses serviços, sobretudo no tratamento dos problemas de saúde mental dos trabalhadores.

O início de nossa pesquisa coincidiu com a contratação de uma psicóloga pelo CEREST Betim e, por sugestão da gerente desse serviço, começamos a estabelecer diálogos constantes com essa profissional, passando a frequentar as reuniões de equipe da referida unidade. Isso permitiu uma melhor delimitação do nosso campo de estudos, já que passamos a constatar a dificuldade de articulação entre os diferentes dispositivos do SUS em Betim. Dessa forma, percebíamos que várias dificuldades observadas ao lidar com o problema da saúde mental dos trabalhadores, do diagnóstico ao tratamento, decorriam dessa falta de articulação. A partir dessa constatação, mudamos o foco de nossa pesquisa, que passou a se preocupar com a caracterização do fosso existente entre os dispositivos da Saúde Mental e os da Saúde do Trabalhador em Betim, identificando suas causas e propondo as estratégias que visassem à sua superação.

Com vistas a contemplar essa questão, buscamos alcançar alguns objetivos: identificar as dificuldades, mas também os fatores que favorecem a integração entre os Serviços de Saúde Mental e os da Saúde do Trabalhador da rede do SUS Betim; analisar os pressupostos teóricos que subsidiam as práticas nos campos da Saúde do Trabalhador e da Saúde Mental de modo a identificar seus pontos comuns e suas divergências; descrever, com base em casos de usuários que passam pelos serviços, os fluxos de atendimento, identificando os fatores que podem fazer com que haja êxito na sua condução, bem como elementos que dificultam seu progresso.

Quanto ao nosso processo de investigação e de elaboração desta tese, há que se destacar que não foram poucos os obstáculos que enfrentamos, desde aqueles ligados a entraves burocráticos, até outros de ordem pessoal, que impediram maior aprofundamento no tratamento das questões envolvidas por nossa pesquisa. Descreveremos, na parte relativa à etapa da coleta de dados, as dificuldades com as quais esbarramos para ter acesso ao campo, que, associadas à nossa disponibilidade mais restrita -- por termos de conciliar as atividades da pesquisa com nosso próprio trabalho -- envolveram “negociações” sempre difíceis na priorização das ações.

Não podemos negligenciar o fato de que diversos fatores favoreceram nosso trabalho. Um deles foi a participação de vários alunos envolvidos na coleta de dados. Os casos analisados, os dados obtidos nos prontuários e outras informações coletadas em diferentes fontes, muito devem a esses alunos. Ter, também, um bolsista de iniciação científica nos acompanhando durante a pesquisa se revelou

como uma boa estratégia para amadurecermos nossas reflexões, já que, em boa parte do tempo, foi-nos possível discutir com ele os achados de cada etapa da investigação.

Outro fator que contribuiu para o desenvolvimento de nossa pesquisa se deve ao fato de já convivermos, há vários anos, com muitos dos profissionais da rede de saúde do município, com quem, por diversas vezes, tivemos a oportunidade de desenvolver projetos comuns. Dentre eles, destacamos o projeto de extensão por nós idealizado, denominado Serviço de Atendimento Integral ao Trabalhador (SAIT), por meio do qual buscamos articular nossa prática docente na PUC Minas com algumas das propostas desenvolvidas pelos serviços do município, principalmente o CEREST. O bom convívio com muitos desses profissionais permitiu uma maior abertura e melhor acesso ao campo por nós investigado, propiciando a pesquisa que resultou na presente tese.

A exposição do nosso trabalho se inicia pelas reflexões sobre o campo da Saúde Mental e Trabalho, seguidas por uma discussão sobre estudos que têm sido feitos dentro desse campo, sobretudo aqui no Brasil. Posteriormente, tecemos considerações sobre uma das abordagens em Saúde Mental e Trabalho mais influentes em nosso país, a Psicodinâmica do Trabalho, e, na sequência, apresentamos a perspectiva de Louis Le Guillant que, no nosso entender, tem mais consistência teórica. Em seguida, fazemos uma breve incursão em torno da “ergoterapia”, identificando, em seus pressupostos, os elementos que permitem reconhecer, no trabalho, uma fonte de saúde mental. Baseando-nos na perspectiva lukacsiana, procuramos refletir sobre a importância da categoria trabalho na compreensão da gênese do ser social. Finalizando a primeira parte da tese, discutimos sobre a concepção de saúde na perspectiva da Saúde Coletiva, mas incorporando elementos para pensarmos nos aspectos singulares do processo saúde/doença. A partir daí, procedemos à caracterização dos campos da Saúde Mental e da Saúde do Trabalhador em seus aspectos mais gerais, dando ênfase, em seguida, à forma como esses campos se configuram em Betim, assinalando alguns dos dispositivos ligados a eles. Em seguida, expomos os aspectos metodológicos envolvidos em nossa investigação e, imediatamente após, passamos à exposição dos quatro casos que estudamos para identificar os aspectos que facilitam e os que dificultam o fluxo de atendimento aos usuários do SUS Betim. Por fim, analisamos algumas das causas do fosso existente entre a Saúde Mental e a Saúde do

Trabalhador em Betim e, na sequência, discutimos algumas das saídas em direção à sua superação, sendo o trabalho tomado como uma categoria importante nesse processo.

CAPÍTULO 1 – O CAMPO DA SAÚDE MENTAL & TRABALHO

1.1– Por que se preocupar?

No Brasil, desde meados da década de 80, a Saúde Mental & Trabalho tornou-se um tema de interesse para os pesquisadores. Grande parte desse interesse se deve à publicação da obra dejouriana, “A Loucura do Trabalho”, quando, em 1987, o autor abriu espaço para intensificar as discussões em torno desse tema aqui no país (Lima, 1998a). Embora ainda fosse um campo marcado por controvérsias, não se pode negar o fato de que, desde essa época, a possível relação entre trabalho e adoecimento mental tem merecido destaque nas pesquisas científicas. Essa relação vem associada, mais recentemente, às estatísticas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e da Previdência Social no Brasil, que apontam um crescimento significativo, nos últimos anos, dos casos de afastamento do trabalho por problemas mentais, conforme apontaremos mais adiante.

De acordo com Selligman-Silva *et al.* (2010), as condições físicas de trabalho, desde a década de 50, no Brasil, foram objeto de estudo e intervenção, tanto da Medicina do Trabalho, como da Engenharia de Segurança e da Higiene Ocupacional. A primeira preocupava-se com a “avaliação de elementos objetivos que pudessem, de alguma forma, interferir na integridade física e na saúde do trabalhador”; já a segunda tinha como “objeto de avaliação e intervenção as condições de trabalho visíveis e mensuráveis”. Por outro lado, como adverte a autora, “a observação e a evolução do perfil de adoecimento dos trabalhadores têm denunciado outros elementos não abordados pelo tradicional sistema de prevenção de acidentes e doenças das empresas” (Selligman-Silva *et al.*, 2010, p. 185).

Assim, “nas décadas de 1980 e 1990 (...) os trabalhadores com afecções musculoesqueléticas, as LER/DORT [Lesões por Esforços Repetitivos / Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho], passaram a invadir os consultórios” (*idem*, p. 185). Se nos casos de agravos à saúde física, tradicionalmente identificados, as causas poderiam ser atribuídas mais diretamente aos elementos relacionados ao ambiente de trabalho, como ruído, altas e baixas temperaturas, gases, vapores, fumos, etc., nesses novos quadros de adoecimento, ainda que se

tratasse de problemas de saúde física, a “etiologia não podia ser enquadrada nos fatores de risco tradicionais: físicos, químicos e biológicos”, merecendo então ser considerados “os aspectos organizacionais, ergonômicos e psicossociais” do trabalho (Selligman-Silva *et al.*, 2010, p. 185-6).

Sato e Bernardo (2005), ao analisarem as demandas dos trabalhadores por serviços de saúde pública, constatam que, na década de 80,

olhando a partir da assistência, em termos numéricos é insignificante a atribuição, como primeiro diagnóstico, de distúrbio mental; tal realidade se modifica quando se toma a LER como diagnóstico, a qual parece funcionar como uma espécie de fachada para que os problemas de saúde mental sejam levados à assistência (Sato; Bernardo, 2005, p. 875).

Já que os problemas mentais não eram reconhecidos como tendo relação com o trabalho, mas, por se apresentarem, muitas vezes, associados aos quadros de LER, acabavam chegando aos serviços de saúde como se fossem “levados” por esse adoecimento físico. Assim, os problemas de LER apareceram como um elemento importante que permitiu “denunciar” os transtornos mentais. Esses problemas apenas anunciavam o que estava para acontecer a partir da década de 1990, quando “outro aspecto da saúde dos trabalhadores passou a ganhar espaço nos consultórios. São as repercussões psíquicas do trabalho...”. Nesses casos, embora o nexos fosse de difícil constatação, “esses agravos à saúde, que até então não eram identificados, também evidenciam a complexidade que envolve a avaliação da relação entre o processo saúde/doença e o trabalho” (Selligman-Silva *et al.*, 2010, p. 186)¹.

Dessa forma, é possível observar, de um lado, que crescia o número de pessoas com transtornos psíquicos, o que trouxe preocupação a vários setores, como aqueles ligados à saúde, ao judiciário, ao meio acadêmico, ao meio sindical, dentre outros.

Essa demanda provocou indagações, estudos e ações que reforçaram de forma indubitável aquilo que o advento das LER/DORT já havia desnudado: a insuficiência dos recursos da medicina do trabalho, da engenharia de segurança e da higiene ocupacional para se construir políticas públicas de promoção da saúde, prevenção, assistência e reabilitação profissional (Selligman-Silva *et al.*, 2010, p. 186).

¹ É importante ressaltar que não estamos afirmando que os problemas de saúde mental estejam, necessariamente, associados às LER. O que queremos assinalar é que podemos encontrar, na origem dos problemas mentais, elementos análogos àqueles responsáveis pelos quadros de LER, a saber, aspectos relacionados à organização do trabalho.

Por outro lado, a crescente demanda de pedidos de afastamento por problemas mentais dirigidos ao INSS também provocou a necessidade de se questionar os elementos do trabalho que poderiam estar na origem desses pedidos, ainda que houvesse (e ainda há) a

dificuldade por parte de todos os envolvidos – empresas, profissionais de saúde e peritos do INSS – em reconhecer o trabalho como causador de problemas de saúde mental, o que, conseqüentemente, reduz a busca de ajuda em serviços de referência, como os CRSTs [Centros de Referência em Saúde do Trabalhador] (Sato; Bernardo, 2005, p. 872).

De qualquer forma, hoje já se admite a possibilidade de que “os agravos em geral, e os adoecimentos psíquicos em particular, devem ter como pano de fundo os aspectos sociais e do trabalho contemporâneo, caracterizados pela perda de direitos sociais e trabalhistas, pelo advento de crises econômicas e do desemprego” (Selligman-Silva *et al.*, 2010, p. 186).

Conforme pretendemos discutir mais adiante, certamente a problemática envolvendo o adoecimento mental dos trabalhadores não pode ser limitada apenas a uma mudança de perfil do trabalho contemporâneo, já que esse tipo de problema não se restringe às formas atuais de trabalhar. Entretanto, podemos observar, na atualidade, uma maior prevalência de distúrbios mentais nos contextos laborais e parte disso se explica, no entender de Selligman-Silva *et al* (2010), pelo fato de que “a globalização financeira e a mundialização da precarização social, juntamente com as inovações tecnológicas e as novas formas de gestão, causaram rápidas transformações no mundo do trabalho” (Selligman-Silva *et al*, 2010, p. 187) e, conseqüentemente, nas formas de adoecimento. Da mesma forma, para Antunes (2000), essas mutações, que estão presentes não apenas em países de Terceiro Mundo, como o Brasil, mas também no mundo inteiro, inclusive em países capitalistas centrais, caracterizam-se pelo

desemprego estrutural, um crescente contingente de trabalhadores em condições precarizadas, além de uma degradação que se amplia, na relação metabólica entre homem e natureza, conduzida pela lógica societal voltada prioritariamente para a produção de mercadorias e para a valorização do capital (Antunes, 2000, p. 15).

Tais modificações são, de acordo com o autor citado, não só da crise por que passa o capital, bem como de suas respostas, que se expressam pelo

neoliberalismo e a reestruturação produtiva da era da acumulação flexível. Para o autor, a crise na acumulação do capital, ocorrida principalmente a partir dos anos 70 – caracterizada, entre outros elementos, pelo esgotamento do modelo taylorista fordista, pela queda da taxa de lucro, pela “hipertrofia da esfera financeira” e pela concentração de capitais propiciada pelas fusões de grandes empresas –, demandou estratégias de reorganização do próprio

capital e de seu sistema ideológico e político de dominação (...) a isso se seguiu também um intenso *processo de reestruturação da produção e do trabalho*, com vistas a dotar o capital do instrumental necessário para tentar repor os patamares de expansão anteriores (Antunes, 2000, p. 31).

A despeito dos avanços tecnológicos obtidos nos anos precedentes, trazendo a possibilidade de trabalhos menos degradantes, com jornadas reduzidas de trabalho, o que se observa, em escala planetária, é que as respostas dadas à crise acabaram por comprometer o próprio trabalho e o ambiente em que vivemos. Dessa forma, “desemprego em dimensão estrutural, precarização do trabalho de modo ampliado e destruição da natureza em escala globalizada tornaram-se traços constitutivos dessa fase da reestruturação produtiva do capital” (Antunes, 2000, p. 34). Como reforça esse autor, para lidar com a crise enfrentada nas últimas décadas do século XX,

o capital deflagrou, então, várias transformações no próprio processo produtivo, por meio da constituição das formas de acumulação flexível, do *downsizing*, das formas de gestão organizacional, do avanço tecnológico, dos modelos alternativos ao binômio taylorismo/fordismo, onde se destaca especialmente o “toyotismo” ou o modelo japonês (Antunes, 2000, p. 47).

É importante ressaltar que essa lógica, presente principalmente no “modelo japonês”, vai se tornar hegemônica nos anos subsequentes à sua “importação” para o Ocidente, incluindo países como o Brasil, o que implicou mudanças profundas nos processos de trabalho e, sobretudo, na forma de gerenciamento da força de trabalho.

Entretanto, como ressalta Lima (1994), a grande maioria das empresas nacionais acabou optando pela adoção de apenas algumas das políticas presentes no país onde originaram, sobretudo aquelas menos onerosas, disseminando uma prática fragmentada que apenas se inspira no chamado “modelo japonês”. Mas os

trabalhadores não estão livres das exigências de produtividade e qualidade comuns às grandes empresas dos países de capitalismo avançado. Com isso, a importação desse “modelo” por empresas brasileiras acabou se revestindo de um caráter perverso, com impactos significativos na saúde mental dos trabalhadores (Lima, 1994).

É possível reconhecer, nessas novas configurações do trabalho, elementos importantes para se compreender a forma como o problema de adoecimento mental dos trabalhadores se apresenta hoje, o que pode ser observado pelas estatísticas. Assim, conforme assinalam Selligman-Silva *et al.* (2010, p. 188), “segundo a Organização Mundial de Saúde, os transtornos mentais chamados menores atingem 30% dos trabalhadores ocupados e os transtornos mentais graves, cerca de 5% a 10%”. Ainda de acordo com as mesmas autoras,

no Brasil, as únicas estatísticas oficiais disponíveis em âmbito nacional são as da Previdência Social, que evidenciaram um aumento de 1157% de benefícios acidentários de 2006 para 2007 [de 612 a 12882 benefícios concedidos], quando foi introduzido o critério epidemiológico para estabelecimento denexo causal entre um agravo à saúde e o trabalho².

Dessa forma, com o estabelecimento do NTEP, os dados se mostram ainda mais alarmantes.

Em abril de 2007 foi implementado o Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário - NTEP, que, somando-se ao Nexo Técnico Profissional ou do Trabalho e ao Nexo Técnico Individual, apresentou-se como importante instrumento nas avaliações médico-periciais do Instituto Nacional de Seguro Social - INSS ao indicar as possíveis relações entre atividade laboral desenvolvida e o agravo motivador da incapacidade, segundo estudos amplos e transparentes alicerçados nos clássicos fundamentos da ciência epidemiológica (Melo, 2011, p. 4).

Entretanto, creditar esse aumento dos transtornos mentais apenas às mudanças ocorridas nas formas contemporâneas do trabalho é negligenciar um aspecto importante: as condições históricas que têm permitido a explicitação e o reconhecimento desses problemas.

² De acordo com o sítio oficial da Previdência Social, “o Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP, a partir do cruzamento das informações de código da Classificação Internacional de Doenças – CID-10 e de código da Classificação Nacional de Atividade Econômica – CNAE aponta a existência de uma relação entre a lesão ou agravo e a atividade desenvolvida pelo trabalhador. A indicação de NTEP está embasada em estudos científicos alinhados com os fundamentos da estatística e epidemiologia (...) [Ele] foi implementado nos sistemas informatizados do INSS, para concessão de benefícios, em abril/2007 e de imediato provocou uma mudança radical no perfil da concessão de auxílios-doença de natureza acidentária: houve um incremento da ordem de 148%. Este valor permite considerar a hipótese que havia um mascaramento na notificação de acidentes e doenças do trabalho”. Disponível em <http://www.previdencia.gov.br/menu-saude-e-seguranca-ocupacional-nexo-tecnico-epidemiologico-previdenciario-ntep/> (acesso em 29/04/2014).

Conforme aponta Melo, a própria implantação do NTEP permitiu uma maior visibilidade do problema envolvendo a saúde e segurança dos trabalhadores.

Com a implementação do NTEP e a retirada da condição de obrigatoriedade de uma comunicação de evento de acidente ou doença do trabalho, observamos uma substancial alteração no perfil da concessão de benefícios acidentários: em 2006 a Previdência Social contabilizou a concessão de 140.998 Auxílios-Doença por Acidentes do Trabalho e em 2007 foram 274.946 concessões, o que representa uma variação (crescimento) da ordem de 95% (Melo, 2011, p. 5).

No caso dos adoecimentos mentais, a situação não é diferente. Desse modo, é possível observar, desde a implantação do NTEP, não só um aumento significativo das notificações relativas aos diversos tipos de agravos à saúde dos trabalhadores, bem como daquelas relacionadas a esse tipo de problema, conforme se destaca na tabela abaixo:

Comparativo de Concessão de auxílios-doença previdenciários e acidentários no período anterior (abr./06 a mar./07) e a partir da implementação (abr./07 a mar. 08) do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP)

CID 10 – Capítulo	2006	2007	2008
Total	40.998	74.946	356.336
Capítulo I algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99)	67	1.864	2.286
Capítulo II Neoplasias [Tumores] C00-D48	35	635	884
Capítulo III: Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários (D50-D89)	17	81	126
Capítulo IV: Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00-E90)	15	40	149
Capítulo V: Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99)	612	7.690	12.818
Capítulo VI: Doenças do sistema nervoso (G00-G99)	1.835	7.487	9.306
Capítulo VII: Doenças do olho e anexos (H00-H59)	843	1.472	1.739
Capítulo VIII: Doenças do ouvido e da apófise mastoide (H60-H95)	168	339	315
Capítulo IX: Doenças do aparelho circulatório (I00-I99)	223	2.549	4.179
Capítulo X: Doenças do aparelho respiratório (J00-J99)	237	1.575	2.082
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo (K00-K93)	248	494	3.490
Capítulo XII: Doenças da pele e do tecido subcutâneo (L00-L99)	409	907	1.400
Capítulo XIII: Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99)	19.956	95.473	117.353
Capítulo XIV: Doenças do aparelho geniturinário (N00-N99)	101	283	346
Capítulo XV: Gravidez, parto e puerpério (O00-O99)	20	32	63
Capítulo XVII: Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (Q00-Q99)	2	6	3
Capítulo XIX: lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (S00-T98)	99490	141.790	199.112
Capítulo XXI: Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00-Z99)	103	136	231
Não classificados	16.617	12.093	454

Fonte: INSS. Suíbe e DATAPREV. Síntese *apud* Melo, 2011, p. 52-53.

Como esclarecem Selligman-Silva *et al.* (2010), os números contabilizados pela Previdência Social se referem apenas à “parte dos trabalhadores do mercado formal, excluídos os funcionários públicos e os domésticos”, o que sugere que o problema é ainda mais grave do que se pode deduzir das estatísticas oficiais. Soma-se a isso, “a resistência cultural e institucional do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) em reconhecer os casos ocupacionais na esfera psíquica, a despeito das legislações sanitárias e previdenciárias respaldarem esse reconhecimento” (Selligman-Silva *et al.*, 2010, p. 188). Não bastasse essa “resistência”, há ainda outros fatores que podem dificultar ainda mais o reconhecimento do nexos entre trabalho e adoecimento psíquico, como aspectos econômicos, por exemplo, o que acaba por interferir, inclusive, na atuação de profissionais que buscam avançar nesse campo³.

De qualquer maneira, não podemos negar o fato de que esse nexos tem sido, cada vez mais, levado em consideração e isso graças às pesquisas em torno do diagnóstico em Saúde Mental e Trabalho, que vêm trazendo grande contribuição para o reconhecimento da possível relação entre trabalho e adoecimento mental, conforme apresentaremos no próximo item.

Diante desse fenômeno complexo, o que podemos observar é que os estudos em Saúde Mental e Trabalho podem se constituir em um importante instrumento na elucidação da relação entre trabalho e adoecimento psíquico. Além disso, lembrar a questão do estabelecimento do nexos entre trabalho e adoecimento mental evoca também o seu revés, ou seja, a necessidade de refletir sobre o trabalho como possibilitador de saúde mental. Esses aspectos são de fundamental importância para se pensar na inserção de ações de saúde mental e trabalho no âmbito do SUS, como pretendemos explorar ao longo desta tese.

³ A título de exemplo, vale relatar um caso acontecido recentemente, em que uma médica psiquiatra, ao atender uma trabalhadora, observou tratar-se de um caso de adoecimento mental possivelmente relacionado ao trabalho. Diante disso, e amparada pela legislação que respalda as ações de saúde do trabalhador no âmbito do SUS, a médica emitiu a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), para que a trabalhadora pudesse recorrer junto ao INSS aos benefícios a que teria direito. Entretanto, alegando que ela não tinha competência para a emissão da CAT, a empresa denunciou a médica e tal denúncia foi acatada pelo Conselho Regional de Medicina do estado onde atua. Esse fato motivou um abaixo-assinado, envolvendo profissionais de várias formações, ligados à saúde do trabalho, cujo objetivo foi o de assegurar maior autonomia aos profissionais que atuam nesse campo, para que não fiquem reféns de decisões em que são explícitas as razões de ordem econômica. (Para mais detalhes de caso, ver <http://www.peticaopublica.com.br/?pi=P2013N36493>). O que esse acontecimento ressalta é a complexidade do tema, que envolve, desde fatores de natureza econômica, passando por aspectos legais, a elementos de ordem teórica.

1.2 – Pesquisas em Saúde Mental & Trabalho no Brasil

No Brasil, embora seja possível identificar estudos que assinalam os impactos deletérios da organização do trabalho na saúde dos trabalhadores desde meados dos anos 80 (Rebouças, 1989), só encontramos pesquisas mais sistematizadas a partir da década de 90. Estas se voltaram não apenas para algumas categorias específicas, bem como para ramos de atividade, com a intenção de desvendar os elementos da organização do trabalho suscetíveis de participar da gênese dos distúrbios mentais apresentados por trabalhadores. Na análise de categorias de trabalhadores, destacam-se, por exemplo, os estudos voltados para a relação entre gênero e trabalho, como aqueles relacionados às professoras primárias (Carvalho, 1995), às trabalhadoras da área da enfermagem (Borsoi; Codo, 1995), às telefonistas (Borsoi; Ruiz; Sampaio, 1995) e às trabalhadoras em creches (Codo; Melo, 1995). Quanto aos estudos voltados para trabalhadores de certos ramos de atividade, datam desse período as pesquisas sobre trabalhadores industriais de usina de açúcar e álcool (Sampaio; Soratto, 1995), da indústria têxtil (Sampaio; Carneiro, 1995), trabalhadores em um centro de processamento de dados (Codo; Hitomi; Sampaio; Ruiz, 1995) e bancários (Codo; Sampaio; Hitomi; Bauer, 1995). Sobre aspectos específicos da organização do trabalho e seus impactos na saúde mental dos trabalhadores, destaca-se o estudo sobre o trabalho em turno entre os metalúrgicos (Lima, M; Lima, F.; Araújo, 1996). Também datam desse período algumas reflexões sobre a relação entre alcoolismo e trabalho (Seligman-Silva, 1995) e as investigações sobre a gênese das Lesões por Esforços Repetitivos em algumas categorias de trabalhadores, como as dos metalúrgicos (Lima; Prado, 1998), dos bancários (Lima, 1998b) e dos trabalhadores de um restaurante universitário (Lima *et al.*, 1998). Vale ressaltar que, embora as LER/DORT sejam um distúrbio físico, os estudos que delas tratam revelam a importância de se considerar aspectos da organização do trabalho em sua gênese, sendo que muitos desses aspectos também estão na base de distúrbios mentais, conforme assinalamos anteriormente⁴.

⁴ Isso pode ser constatado, por exemplo, nos estudos em torno da fadiga nervosa realizados por Louis Le Guillant (2006), onde os fatores identificados por ele como estando na origem desse quadro são praticamente os mesmos que identificamos na análise da gênese das LER/DORT.

Em 2001, o Ministério da Saúde publicou o manual de procedimentos para os serviços de saúde, dedicando todo o capítulo 10 à discussão dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho⁵. Nesse manual, são descritos tanto os transtornos mentais causados por substâncias tóxicas e, portanto, associados mais diretamente às condições de trabalho, como aqueles que decorrem notadamente da organização do trabalho. Assim, além da caracterização dos problemas de saúde mental presentes nos contextos laborais, ele analisa alguns dos fatores que podem ser responsáveis por sua gênese, tornando-se uma referência em diagnósticos no campo da SM&T.

Gradativamente, os estudos em saúde mental e trabalho vão contemplando outras categorias de trabalhadores, além de determinados aspectos do problema, como, por exemplo, a discussão das bases teóricas que os fundamentam. Um marco importante nessa ampliação das reflexões sobre o tema foi a publicação, em 2002, do livro “Saúde Mental e Trabalho: leituras”, organizado por Maria da Graça Jacques Corrêa e Wanderley Codo. Nela é possível observar a preocupação dos pesquisadores (em sua grande maioria psicólogos e médicos do trabalho), não apenas em identificar as causas dos problemas de saúde mental dos trabalhadores de categorias específicas, mas também em promover discussões sobre categorias nosológicas e os fundamentos teóricos que sustentam as investigações em saúde mental e trabalho.

Nessa obra, dentre as discussões sobre categorias de trabalhadores, há o estudo envolvendo o setor de *telemarketing* (Fernandes *et al.*, 2002), por exemplo. Ao analisarem essa categoria, esses autores verificaram que, em razão de um controle rígido, que lembra aquele controle característico do modelo taylorista, é mínima a autonomia do trabalhador desse setor. Ademais, para esses, “observa-se a indicação de altos níveis de estresse psicológico entre os operadores de *telemarketing* que avaliam o seu trabalho como possuindo altas cargas, baixo controle sobre suas atividades, baixo *feedback*, além de identidade e variedade também reduzidas”, como apontam esses mesmos autores (Fernandes *et al.*, 2002, p. 266).

Também nessa mesma obra, evidencia-se uma maior preocupação dos pesquisadores em aprofundarem os aspectos específicos da organização do

⁵ Cf. Brasil (2001). *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília.

trabalho em sua relação com o adoecimento. Assim, observa-se, por exemplo, um estudo sobre o controle no trabalho (Sato, 2002), em que a autora, partindo de uma breve caracterização das mudanças ocorridas nas práticas de gestão adotadas pelas empresas, constata que, associadas a novos discursos gerenciais, estão formas antigas de controle sobre os trabalhadores e que, “apesar de serem criadas práticas que desafiam, driblam e resistem às estratégias de controle, isso não significa que tais práticas tenham o poder de evitar tanto o controle ideológico como os problemas para a saúde dos trabalhadores” (Sato, 2002, p. 41). Também o estudo de caso proposto por Lima, Assunção e Francisco (2002) é elucidativo, ao assinalar como as mudanças implementadas nos mecanismos de controle sobre os trabalhadores repercutiram, de maneira negativa, na saúde mental de um deles. Esse estudo é particularmente interessante ao assinalar que, ao lado das medidas impostas pela gerência, devemos levar em consideração, igualmente, a história de vida do trabalhador. Os autores concluem que “o que devemos tentar compreender é o modo pelo qual se articulam as características pessoais e certas condições de vida e de trabalho, sem jamais desconsiderar a prioridade ontológica das últimas sobre as primeiras” (Lima; Assunção; Francisco, 2002, p. 246).

Quanto aos distúrbios e categorias nosológicas específicos nesse campo, há, nessa mesma obra, os estudos sobre o Estresse (Filgueiras; Hippert, 2002) e também as reflexões sobre a “Doença dos nervos” (Jacques, 2002) e sobre a Histeria (Gazzotti; Codo, 2002), aprofundando temas que já vinham sendo abordados desde meados da década de 90.

Tal diversidade de temas, categorias de análise e, conseqüentemente, de abordagens teóricas sugere a necessidade de se avaliar as bases sobre as quais se sustentam as pesquisas nesse campo. Retomaremos essa discussão mais adiante, mas vale a pena destacar, aqui, as primeiras preocupações quanto a esse aspecto, que encontramos nas reflexões propostas por Lima (2002a), quando assinalou a importância de se superar o viés especulativo presente em algumas das abordagens em Saúde Mental e Trabalho que surgiram na França e que acabaram influenciando, em maior ou menor grau, a produção teórica no Brasil. Assim, consideramos que “o esboço de uma crítica à especulação no campo da saúde mental e trabalho” (Lima, 2002a), proposto pela autora, pode servir de referência para analisarmos as bases teóricas sobre as quais se sustentam os estudos em saúde mental e trabalho em nosso país.

Outro problema, identificado no campo da saúde mental e trabalho à época, dizia respeito à distância entre as práticas dos psicólogos que atuavam em organizações e aquelas exercidas por psicólogos clínicos. Essa crítica inicialmente feita por Codo *et al.* em 1993 é aprofundada por ela alguns anos depois, quando constatava que, até aquele momento, as categorias trabalho e saúde mental ainda não estavam “devidamente articuladas pela psicologia” (Lima, 1996, p. 49). A autora verificou uma clivagem entre as práticas desses dois profissionais, ao afirmar que “o psicólogo do trabalho ainda não [havia incorporado] a questão da saúde mental à sua prática nas organizações e o psicólogo clínico, por sua vez, não [estabelecia], em geral, um vínculo entre as queixas de seus clientes e de sua situação de trabalho” (Lima, 1996, p. 49). A origem dessa clivagem, de acordo com a mencionada autora, poderia ser explicada pelo fato de não existir, a respeito do lugar do trabalho na psicologia, uma discussão que fosse consistente.

Assim, em 2004, foi publicado o livro “O trabalho enlouquece? Um encontro entre a clínica e o trabalho”, organizado por Wanderley Codo, que representou uma tentativa de responder a esse problema. Como o próprio subtítulo da obra sugere, uma das propostas da coletânea é discutir não só as possibilidades de se incluir a categoria trabalho nas práticas clínicas dos psicólogos, mas também analisar sua pertinência na compreensão dos distúrbios mentais. Quanto a esse último aspecto, destaca-se o estudo preliminar de dados obtidos por meio de uma pesquisa realizada em clínicas e hospitais psiquiátricos situados no município de Barbacena, em Minas Gerais. Essa pesquisa objetivou investigar a possível relação entre quadros psicopatológicos apresentados pelos pacientes dessas instituições e a categoria profissional a que pertenciam. Conforme assinala Lima, os resultados dessa análise “parecem suficientemente importantes para nos convidar a refletir sobre o lugar do trabalho na compreensão dos distúrbios mentais” (Lima, 2004, p. 153-4), já que foram encontradas várias evidências epidemiológicas que apontaram para uma forte correlação entre o trabalho e os quadros psicopatológicos dos pacientes investigados.

Essa será uma época marcada pela multiplicação de estudos e debates no campo da SM&T, sendo possível observar a ocorrência de vários eventos que abordam esse assunto. A título de ilustração, um breve levantamento de trabalhos no Scielo, por exemplo, revela que, entre 2004 e 2013, aproximadamente 715 artigos contendo a expressão “saúde mental e trabalho” foram publicados, sendo

que, de 1990 a 2000, apenas 33 deles apareciam listados nessa base de dados. De 2000 a 2010, esse número subiu para 483, sendo que, dessas, 392 estão compreendidas entre o ano de 2005 e 2010, sugerindo ser esse um período em que ocorreu um salto no número de artigos envolvendo essa temática⁶.

Em 2006, uma pesquisa, realizada no setor siderúrgico em uma cidade do interior de Minas Gerais com o objetivo de identificar a relação entre transtorno mental e trabalho, mostrou-se particularmente interessante, pois demonstrou a forma como as estratégias, usadas pela empresa para aumentar sua competitividade desde que foi privatizada, acabam por impactar diretamente na saúde dos trabalhadores. Assim, como ressaltam Lima e Deusdedit-Júnior (2006), o grande feito da empresa “foi o de conseguir elevar sua produtividade a patamares jamais alcançados, ao mesmo tempo em que reduzia seus efetivos aos menores níveis já registrados na sua história, isto é, menos da metade do número de empregados em relação ao ano de sua privatização” (Lima; Deusdedit-Júnior, 2006, p. 313). Os autores ressaltam, ainda, que “para alcançar seu intento, ela [a empresa] seguiu o trajeto da maioria das estatais que passaram pelo processo de privatização, sofrendo uma total reprogramação interna, com o objetivo de aumentar sua competitividade”. (*Idem*, p. 313). Se parte do sucesso obtido pela empresa no alcance desse objetivo se deveu às inovações tecnológicas que implementou, não menos importantes foram as mudanças organizacionais colocadas em prática, dentre elas, a redução dos efetivos, o que “gerou graves prejuízos, tanto pessoais quanto sociais, contribuindo para o aumento do desemprego na região e da precarização do trabalho, sobretudo, no caso dos terceirizados” (*idem*, p. 313). No entanto, o que esse estudo conseguiu colocar em evidência foi apenas “um paralelismo estreito entre o adoecimento mental apresentado pelos trabalhadores afastados e as mudanças introduzidas na empresa, após sua privatização” (Lima; Deusdedit-Júnior, 2006, p. 314). Ou seja, não foi possível trazer todos os

⁶ É fundamental assinalarmos, aqui, as críticas que Lima (2013) faz a respeito desse *boom* de produção no campo da SM&T observado nos últimos anos. Conforme constata a autora, “apesar da relevância de boa parte dessa produção, seu volume não reflete necessariamente um avanço na compreensão e no aprofundamento de questões cruciais para o desenvolvimento desse campo” (p. 91). É possível observar que, ainda que haja uma crescente preocupação com problemas relativos à saúde mental dos trabalhadores, o interesse por essa temática nem sempre vem “acompanhado do devido preparo para tratá-los, resultando disso uma maior circulação de ideias, sem que, muitas vezes, estas primem pela qualidade ou pelo compromisso com o rigor e com a verdade” p. 92). Desse modo, Lima observa que “estamos diante, hoje, de um quadro lastimável no que diz respeito à produção acadêmica no contexto da ‘universidade competitiva’, isto é, aquela que é solicitada a produzir mais do que nunca, sendo que a eficiência deixa de ser referida à qualidade do trabalho produzido” (Lima, 2013, p. 95).

mediadores que permitissem compreender como se dava a passagem entre as experiências vividas pelos trabalhadores no contexto dessas mudanças e o adoecimento mental (Le Guillant, 2006)⁷.

Também nessa mesma época, a publicação de duas obras trouxe novas perspectivas para o campo da Saúde Mental e Trabalho no Brasil. A primeira delas, “Escritos de Louis Le Guillant”, organizada por Maria Elizabeth Antunes Lima, abriu a possibilidade de consolidação de uma perspectiva teórica que já vinha sendo adotada por alguns pesquisadores. Por considerarmos tal perspectiva relevante e pertinente às discussões que pretendemos fazer ao longo deste trabalho, retomaremos mais adiante algumas das principais contribuições do autor. A segunda obra foi “A função psicológica do trabalho”, de Yves Clot, que permitiu iniciar, em nosso país, as discussões em torno da Clínica da Atividade, trazendo a possibilidade de se pensar as questões sobre saúde mental e trabalho para além da simples prática da expertise, conforme discutiremos mais adiante.

Outra produção relevante para esse campo foi o documento versando sobre as possibilidades de atuação do psicólogo no âmbito da saúde coletiva nos casos de problemas de saúde relacionados ao trabalho. Publicado em 2008 pelo Conselho Federal de Psicologia (CREPOP, 2008), esse documento assinala que o profissional da psicologia, ao atuar na área da saúde, pode contribuir com a “notificação dos agravos e das situações de risco para a saúde dos trabalhadores” (p. 30); pode, ainda, auxiliar na “produção e organização de dados” (p. 31), que envolvam informações relativas à saúde ocupacional e realizar “ações de assistência e promoção da saúde”, numa abordagem interdisciplinar (p. 31). A “análise dos processos de trabalho e vigilância” (p. 33), a “educação em saúde” (p. 35) e as “investigações sobre o estabelecimento do nexos causal” (p. 35) são outras possibilidades de atuação do psicólogo nesse campo.

Mais recentemente, em 2010, uma pesquisa em torno dos trabalhadores da vigilância veio resgatar um aspecto já assinalado anteriormente no artigo publicado por Lima, Assunção e Francisco (2002): a necessidade de se articular, tanto elementos relacionados às condições e à organização do trabalho, como aqueles

⁷ Estudos mais recentes têm se debruçado sobre essa questão, buscando trazer evidências que permitam elucidar como se dá essa passagem, buscando “apreender melhor as experiências de vida de nossos sujeitos e seu processo de adoecimento”, como propõe Vieira (2014, p. 261). Dignos de nota são, por exemplo, as pesquisas realizadas por Lima (2010) sobre o alcoolismo e aquela empreendida por Vieira (2014) acerca do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT).

relativos à história de vida dos trabalhadores, se se quiser apreender adequadamente os problemas de saúde mental. Para isso, foi necessário construir uma abordagem metodológica que contemplasse esse aspecto. Assim, na avaliação dos próprios pesquisadores, esse é “um estudo inédito na área da vigilância, o primeiro realizado no Brasil, mediante a conjugação de investigações qualitativas e quantitativas das condições de trabalho e saúde dos seus trabalhadores” (Vieira; Lima, F; Lima, M, 2010, p. 19). Para que pudessem ser contempladas as várias dimensões envolvidas na temática relativa ao adoecimento desses trabalhadores, os dados “foram obtidos com o uso de basicamente três tipos de instrumentos: entrevistas em profundidade realizadas com vigilantes, observações *in loco* das situações de trabalho e pesquisa quantitativa, por meio de um questionário formulado pela equipe” (*idem*, p. 26-7). Ademais, fez-se uso da pesquisa documental, englobando normas, convenções coletivas, legislação e estatísticas sobre motivos de afastamento.

A pesquisa acima mencionada nos parece particularmente relevante, não apenas pela sua abrangência, mas, sobretudo, por sua riqueza metodológica, com destaque para a integração entre os dados quantitativos e os dados qualitativos, principalmente aqueles obtidos por meio das observações das situações de trabalho – tendo a Ergonomia da Atividade como pilar –, e aqueles levantados a partir dos estudos de casos individuais pelo método biográfico, tal como concebido por Le Guillant (2006)⁸.

Outro ponto importante que pode ser ressaltado nessa pesquisa-diagnóstico diz respeito à necessidade de se integrar, nos estudos em saúde mental e trabalho, diferentes aspectos do fenômeno, envolvendo saberes provenientes de diversas áreas do conhecimento.

Em 2010-2011, a publicação do dossiê da Revista Brasileira de Saúde Ocupacional em dois volumes, com o tema “O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador” revela o quanto esse problema adquiriu visibilidade e tem cada vez mais despertado o interesse de vários pesquisadores na atualidade.

⁸ Ao relatar um caso de uma paciente, Le Guillant procurou “expor concretamente como se deu a passagem entre as experiências vividas por sua paciente e o quadro de adoecimento que ela apresentou”. Embora admita não ter alcançado esse objetivo, ele “considera ter colocado em evidência um paralelismo estreito entre os acontecimentos marcantes de sua vida e a emergência ou agravamento dos sintomas apresentados por Marie L.” (Viera; Lima, F; Lima, M, 2010, p. 161).

Alguns dos estudos constantes desse dossiê revelam que os problemas de saúde mental e trabalho têm aparecido também em categorias até então não suspeitadas, como a dos trabalhadores do setor de rochas ornamentais, por exemplo, além de continuarem presentes em outras, como entre trabalhadores de plataforma *offshore* e da indústria calçadista.

Digna de nota, também, é a publicação, em 2011, da coletânea “Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea”, organizada por Minayo Gomez, Machado e Pena (2011). A terceira parte dessa obra é dedicada a uma discussão sobre subjetividade e trabalho, destacando-se os artigos que versam sobre a produção de conhecimento em Saúde Mental e Trabalho. Ademais, o texto levanta questões conceituais e metodológicas envolvendo as pesquisas que pertencem a esse campo em nosso país. Araújo (2011), por exemplo, ao proceder a uma revisão das abordagens teórico-metodológicas em saúde mental e trabalho no Brasil aponta, com um dos seus desafios, a necessidade de “dar legitimidade ao processo de adoecimento mental, um ‘lugar’ próprio, legalmente reconhecido para a sua existência”. Dentre as dificuldades para se estabelecer isso, assinala o autor, estão os “problemas conceituais, teóricos e metodológicos”, problemas que podem ser percebidos desde a “própria definição do que se entende por adoecimento psíquico e seguem pelos aspectos ou marcadores que assinalariam/indicariam tal adoecimento” (Araújo, 2011, p. 339). Outro desafio apontado pelo autor se refere à

necessidade de se incorporarem, na análise e avaliação das relações entre trabalho e saúde mental, outros aspectos que não apenas a busca de legitimidade para a doença. Deve-se reconhecer o trabalho também como fonte de vida, de vias propiciadoras de satisfação e prazer, de modo a fortalecer as possibilidades de saúde no trabalho (Araújo, 2011, p. 340).

Conforme se pode observar desse breve resgate das produções teóricas em torno da saúde mental e trabalho em nosso país, a maioria dos estudos envolvendo essa temática aponta para uma preocupação maior com o diagnóstico. Araújo (2011), numa tentativa de classificar os trabalhos feitos no Brasil de 1990 a 2008, e que foram publicados na base de dados SciELO, confirma isso, ao observar que, segundo o tipo de abordagem, os estudos epidemiológicos e/ou diagnósticos correspondem a 35,3% do total de 51 publicações, seguidos das análises da psicodinâmica do trabalho, com 25,5% e do estresse ocupacional, correspondendo a 15,7%. Os estudos sobre subjetividade e trabalho, bem como aqueles ligados aos

aspectos teóricos e conceituais e sobre o desgaste correspondem, respectivamente, a 11,7%, 9,8% e 2,0%.

Mas o que nos interessa assinalar, aqui, é que essas produções têm sido essenciais para fornecer bases teóricas para a identificação de agravos à saúde mental relacionados ao trabalho, como em alguns dos casos que identificamos em nossa pesquisa.

Entretanto, como assinalam Moulin e Moraes (2010, p. 193), “a despeito dos avanços que obtivemos nas últimas décadas, seja no reconhecimento de vários agravos à saúde mental relacionados ao trabalho, nas leis da previdência, seja no aumento da produção acadêmica, várias são as questões que persistem”. Assim, embora pertinentes e necessários, os estudos diagnósticos colocam uma questão crucial ao campo e que ainda demanda resposta: O que fazer diante da possibilidade de que o trabalho contribua para o adoecimento mental?

Ainda que seja possível identificar, desde o ano de 2004, algumas iniciativas no Brasil para lidar com o fenômeno do adoecimento mental dos trabalhadores, como as propostas de atendimento clínico especializado, ou mesmo a inserção de ações nos serviços públicos de saúde, como aquelas descritas pelo CREPOP, por exemplo, o que percebemos é que, além de pontuais, essas iniciativas ainda esbarram no limite crucial: elas não dão conta de transformar a realidade de trabalho, que é a fonte dos problemas de saúde mental dos trabalhadores. Assim, o que os estudos diagnósticos em Saúde Mental e Trabalho ainda deixam a desejar é justamente quanto às maneiras de se transformar essa realidade. Dessa forma, como assinala Lima (2013), mesmo que tenham sido consideráveis os avanços obtidos em nosso país quanto aos diagnósticos em saúde mental e trabalho, “a ênfase quase exclusiva nessa linha investigativa acabou por gerar um atraso importante no desenvolvimento das formas de intervenção, isto é, na busca por ações capazes de transformar as condições geradoras dos transtornos diagnosticados” (Lima, 2013, p. 1). Na avaliação da autora, a proposta mais concreta e sistematizada desenvolvida nesse campo e que pretende responder a essa questão é aquela apresentada pela Psicodinâmica do Trabalho; entretanto, “os equívocos que esta contém podem comprometer consideravelmente seus resultados” (Lima, 2013, p. 13). Considera, portanto, que a Clínica da Atividade pode ser mais promissora e passível de fornecer respostas para as questões metodológicas que permanecem em aberto nesse campo de estudos.

Segundo a autora, é importante assinalar que a Clínica da Atividade é

uma abordagem que visa, antes de tudo, proporcionar uma transformação das situações de trabalho, sendo os trabalhadores os próprios protagonistas dessa transformação. A tentativa é a de retirar os sujeitos da posição de observados para colocá-los na de observadores e de coatores na produção dos dados recolhidos (Lima, 2013, p. 14).

Assim, de acordo com Lima (2013), essa abordagem reúne elementos importantes que a tornam “mais interessante” para lidar com os problemas enfrentados em nosso contexto atual. Isso, porque,

em primeiro lugar, temos a primazia concedida à ação, sendo esta o ponto de partida e de chegada de todo processo de intervenção; em seguida, a ênfase nos métodos indiretos, já que seus teóricos compreenderam corretamente que pela via direta não é possível ter acesso à experiência vivida pelos sujeitos; finalmente, tem-se a inversão que ela opera na lógica da expertise tradicional, percebendo os trabalhadores como os verdadeiros experts naquilo que realizam e, por conseguinte, como os protagonistas das mudanças a serem implementadas (Lima, 2013, p. 20).

Foge ao escopo desta tese aprofundar essa questão, mas consideramos importante registrar, aqui, a possibilidade de que essa interlocução com a Clínica da Atividade permita avançar não apenas na intervenção nos locais de trabalho visando reduzir seus impactos negativos, mas também na compreensão do modo pelo qual o trabalho pode se tornar uma fonte de saúde, como pretendemos discutir mais adiante.

1.3 – As abordagens teórico-metodológicas em Saúde Mental e Trabalho mais influentes no Brasil

A partir da análise dos estudos no campo da Saúde Mental e Trabalho que fizemos no item anterior, podemos inferir, tal como propõe Araújo (2011), que,

para a constituição do campo da saúde mental e trabalho [no Brasil] foi necessário, inicialmente, o estabelecimento de rupturas com os modelos dominantes de concepção dos processos de construção de identidade, individual e coletiva, e de estruturação do processo de determinação de saúde /doença mental... (Araújo, 2011, p. 325).

Nesse sentido, trazer à baila reflexões sobre o papel do trabalho na constituição da subjetividade foi de fundamental importância para se pensar nos problemas de saúde mental enfrentados pelos trabalhadores.

Assim, no estabelecimento desse campo, segundo a autora acima citada, fez-se uma primeira ruptura com conceitos e teorias que prevaleciam em determinadas abordagens em psicologia. Essas abordagens, por desconhecerem o trabalho como espaço estruturante da vida subjetiva de homens e mulheres, se limitavam à análise dos processos de adoecimento e sofrimento mental ao âmbito da família ou da sexualidade. Encontram-se, nessa perspectiva, principalmente as versões que se inspiram na psicanálise, teoria de base de muitas das ações em saúde mental, sobretudo no Brasil.

Dessa forma, foi necessário a esse campo aproximar-se de estudos que tomam o trabalho como elemento importante nos processos de subjetivação. Entretanto, embora alguns deles deem certo destaque à categoria trabalho, eles ainda esbarram em algumas dificuldades por não reconhecê-la como central. Essa dificuldade aparece, por exemplo, ao se pensar no estabelecimento do nexo causal entre trabalho e adoecimento mental, sendo esta “uma questão crucial para o avanço das discussões no campo da Saúde Mental e Trabalho (SM&T) [e que] ainda não foi devidamente esclarecida” (Lima; Deusdedit-Júnior, 2006, p. 293), como pretendemos discutir mais adiante.

De qualquer forma, a própria exploração dessa temática já coloca a necessidade de se interrogar sobre o lugar ocupado pelo trabalho no campo da saúde mental. Assim, conforme ressalta Araújo (2011), no estabelecimento do nexo entre trabalho e adoecimento mental,

embora haja certa divergência no que se refere ao papel do trabalho (seja como determinante, seja como desencadeante), observa-se, na quase totalidade da produção, a discussão da importância de se trazer à cena a dimensão da vida no trabalho, explicitando a contraposição aos modelos nos quais o trabalho se encontra alijado da análise da subjetividade e dos processos relativos à saúde mental (Araújo, 2011, p. 326).

Vemos, portanto, diferentes abordagens na área da Saúde Mental e Trabalho tentando, cada uma a seu modo, explicar como se dá a articulação entre as situações laborais e a saúde mental.

Num esforço de classificar a produção no campo da Saúde Mental e Trabalho, no Brasil, alguns autores têm tentado identificar elementos comuns aos diversos escritos, o que lhes permitiria incluí-los em determinados grupos. Nesse sentido, como assinala Araújo (2011), ao tentar organizar os estudos nesse campo, inicialmente, “ao menos três modelos teóricos são claramente identificados como integrantes das abordagens predominantemente usadas nos estudos brasileiros: a teoria do estresse, a psicodinâmica do trabalho e o modelo de desgaste” (Araújo, 2011, p. 326).

Para essa autora, uma primeira proposta de classificação nos estudos em Saúde Mental e Trabalho surge com Seligman-Silva que

distingue três correntes de pensamento no campo de saúde mental e trabalho: a corrente fundamentada na teoria do estresse (...), a corrente vinda das ciências sociais, que privilegia aspectos relacionados às relações de poder; e a corrente originária da teoria psicanalítica, que fundamentou os estudos da chamada psicodinâmica do trabalho (Araújo, 2011, p. 327).

Se bem que parte dos estudos realizados no Brasil possa ser facilmente enquadrada em alguns desses grupos, consideramos que essa classificação talvez possa induzir a equívocos, por não contemplar abordagens importantes, como aquela proposta por Le Guillant, que exerce significativa influência em muitas produções realizadas em nosso país. Além disso, nem sempre são claros e precisos os critérios usados pelos autores para incluir os estudos em um ou outro grupo, à exceção, talvez, quando se trata das teorias do estresse e da psicodinâmica do trabalho. Concordamos com Jacques (2003), quando, ao assinalar a existência de algumas abordagens teóricas influentes no Brasil, deixa claro que sua intenção “não é apresentar uma classificação por entender-se que qualquer classificação simplifica e engessa a questão”, nem tampouco contemplar todos os estudos existentes no Brasil, mas apenas “expor algumas reflexões acerca daqueles mais difundidos no Brasil” (Jacques, 2003, p. 99). Tendo isso em mente, interessa-nos discutir, primeiramente, a psicodinâmica do trabalho, por ela trazer questões que, de alguma forma, mantêm uma relação mais próxima com o nosso campo de pesquisa. Num segundo momento, apresentaremos a proposta de Le Guillant, que, no nosso entender, representa um avanço em relação à mencionada.

1.3.1 – A Psicodinâmica do Trabalho

Uma primeira teoria, claramente identificada pelos vários teóricos que procuram classificar os estudos em saúde mental e trabalho presentes no Brasil, é a Psicodinâmica do Trabalho (Jacques, 2003).

Conforme dissemos, ao ser publicado, em 1987, o livro de C. Dejours, “A loucura do trabalho”, desencadeou uma série de discussões que contribuíram consideravelmente para o desenvolvimento do campo da Saúde Mental e Trabalho no nosso país. Essas discussões ainda giram em torno da possível relação entre trabalho e adoecimento, mas também envolvem questões de natureza metodológica sobre como intervir nos espaços de trabalho. Se inicialmente Dejours (1987) se colocava dentro do campo da psicopatologia do trabalho, gradativamente construiu outra disciplina denominada por ele Psicodinâmica do Trabalho. Na própria avaliação do autor, ao considerar aspectos ligados à relação entre saúde mental e trabalho, “a psicopatologia do trabalho’ é demasiadamente estreita para responder às novas questões, e somos obrigados a vislumbrar uma perspectiva mais ampla: a da *psicodinâmica do trabalho*” (Dejours, 2004a, p. 48).

Identificando como núcleo da clínica do trabalho a relação conflituosa entre a organização do trabalho e o funcionamento psíquico, Dejours (2004a) propõe, como definição para a psicopatologia do trabalho⁹, “a análise psicodinâmica dos processos intersubjetivos mobilizados pelas situações de trabalho”, em substituição à ideia de que ela iria se ocupar da “análise do sofrimento psíquico resultante do confronto dos homens com a organização do trabalho” (p. 49). Para ele, na psicopatologia do trabalho nascente na França na década de 50, “as monografias clínicas publicadas então faziam referência – implícita ou explicitamente, conforme o caso – a um modelo causal (sem deixar de criticá-lo, mas sem conseguir superá-lo completamente): as vicissitudes do trabalho poderiam – postulava-se então – provocar distúrbios mentais” (Dejours, 2004a, p. 49).

Ainda de acordo com esse autor, as investigações dessa época buscavam identificar, no trabalho, visto “como um mal socialmente engendrado”, os elementos

⁹ Embora Dejours use a expressão “psicopatologia do trabalho” nas primeiras páginas dessa obra, entendemos tratar-se do que ele nomeará, posteriormente, como “psicodinâmica do trabalho”, conforme veremos logo adiante.

que pudessem ser identificados como causas de distúrbios, estando, a pesquisa clínica dessa época “polarizada entre a preocupação em identificar síndromes mentais características” (*idem*, p. 49), cujo modelo influente era o da *patologia do trabalho*. Embora considere que seus próprios estudos iniciais seguissem essa mesma perspectiva, ao analisar a relação do homem com a organização do trabalho, sua análise

se afastava sensivelmente do modelo psicopatológico causal: os homens não eram passivos ante os constrangimentos organizacionais, eram capazes de se proteger dos eventuais efeitos nocivos sobre sua saúde mental, bem como de conjurar a saída ‘natural’ que representava o espectro da doença mental (Dejours, 2004a, p. 50).

Assim, diante das imposições da organização do trabalho, os homens se defenderiam, recorrendo a *estratégias defensivas* individuais e/ou coletivas. E, como assinala o autor, “essa clínica das estratégias defensivas era conduzida pela referência ao modelo psicanalítico do funcionamento psíquico, cuja economia havíamos inserido entre a organização do trabalho (como causa) e a doença mental (como efeito)” (Dejours, 2004a, p. 50). Já aqui, o autor identifica seu distanciamento daquilo que considera como o modelo causal tradicional. Dessa forma, adverte: “desde essa primeira fase da pesquisa sobre o desenvolvimento da psicopatologia do trabalho, preferi não mais focalizar as doenças mentais, voltando a atenção para o sofrimento e as defesas contra o sofrimento, portanto para *aquém da doença mental descompensada*”. Como o próprio autor irá ressaltar, o seu grande enigma deixa de ser a doença. Com isso, como ele mesmo sugere: “eu havia dado uma reviravolta teórica que aparece ainda hoje como o fundamento da disciplina nascente (...) Era a ‘normalidade’ que surgia como enigma central da investigação e da análise” (Dejours, 2004a, p. 51).

É justamente essa mudança de perspectiva, da patologia para a normalidade, que lhe vai permitir “propor uma nova nomenclatura para designar essas pesquisas: *psicodinâmica do trabalho*” (p. 52). Na avaliação do autor, consequências práticas e teóricas resultam dessa mudança:

A *psicodinâmica do trabalho* abre caminho para perspectivas mais amplas [que a psicopatologia do trabalho] (...) não aborda apenas o sofrimento, mas, ainda, o prazer no trabalho: não mais somente o homem, mas o trabalho; não mais apenas a organização do trabalho, mas as situações de trabalho nos detalhes de sua dinâmica interna (Dejours, 2004a, p. 53).

Assim, como assinala Jacques (2003, p. 104), “o campo da psicodinâmica do trabalho (...) é o campo do sofrimento e do conteúdo, da significação e das formas desse sofrimento no âmbito do infrapatológico ou do pré-patológico”.

Dessa forma, essa perspectiva apresenta-se, nos termos do próprio Dejours, como uma possibilidade de “revestir-se, efetivamente, de uma dimensão antropológica suscetível de sacudir as práticas intervencionistas convencionais no mundo do trabalho” (Dejours, 2004a, p. 53). Levando-se em consideração que, a seu ver, a psicopatologia do trabalho, tal como ele mesmo a praticava, pensava a organização do trabalho como um bloco irreduzível, fazia com que suas análises fossem “marcadas por sua inutilidade” (p. 53). Apesar disso, o autor reconhece que, decorrido um pouco mais de uma década de investigações nesse campo, “a psicopatologia do trabalho tornou-se, inicialmente, uma prática original – no pleno sentido de prática – ou seja, de uma modalidade de intervenção na organização do trabalho submetida a regras metodológicas e deontológicas estritas, revelando a razão prática” (Dejours, 2004a, p. 56). E é justamente esse aspecto que estará na base da psicodinâmica do trabalho, já que esta “é antes de tudo uma *práxis*” (*Idem*, p. 56), sendo que, segundo Jacques (2003, p. 104), “as intervenções propostas se voltam para a coletividade de trabalho (e não indivíduos isoladamente) e para aspectos da organização do trabalho a que os indivíduos estão submetidos”.

Nesse sentido, como assinala Dejours, ao se referir à metodologia em psicodinâmica do trabalho, “a primeira particularidade desta metodologia é de não se valer de questionários ou de entrevistas. Ele [método] recorre inicialmente à pesquisa com trabalhadores organizados em coletivos *ad hoc*. Não há, assim, entrevista individual” (p. 79). Da mesma forma, os pesquisadores também devem se constituir em um coletivo, pois “o método de pesquisa mobiliza um coletivo de trabalhadores e um coletivo de pesquisadores” (p. 80). Nesse processo, não se trata de um mero levantamento de dados por meio de observações, já que “os fatos não existem em si, por isso não podem ser coletados. Os fatos devem ser extraídos da discussão, devem ser construídos e essa discussão deverá ser em seguida ser validada” (Dejours, 2004a, p. 80).

Nessa mesma direção, Jacques irá reconhecer que, aqui,

a proposta dejouriana busca na psicanálise os aportes teóricos que permanecem subjacentes à pesquisa e ao trabalho de interpretação: o método proposto pelo autor é a escuta, a interpretação, a devolução, sendo explicitamente contrário ao uso de questionários, estudos

epidemiológicos e impõe restrições à observação do cotidiano de trabalho por priorizar a escuta do trabalhador (Jacques, 2003, p. 104).

Ainda que a abordagem de Dejours tenha tido grande aceitabilidade no Brasil – sendo ainda uma das que mais inspiraram estudos em nosso país –, não escapam de alguns estudiosos os problemas que sua perspectiva apresenta. Conforme assinala Lima, “a obra de Dejours é repleta de lacunas, equívocos e ambiguidades” (Lima, 2002a, p. 65)¹⁰. Interessa-nos, sobretudo, aquelas relacionadas à forma como Dejours considera a categoria trabalho em sua obra e como ele se posiciona frente às questões metodológicas. Nossa intenção é apontar o viés especulativo presente nessas formulações, o que, a nosso ver, representa um obstáculo importante na compreensão dos fenômenos relativos à saúde mental e ao trabalho.

Conforme dito acima, uma das principais críticas dirigidas a Dejours, de acordo com Araújo (2011), diz respeito “ao ‘lugar’ do trabalho na teoria proposta, fundada no modelo clínico da psicanálise, e aquela referente ao modelo metodológico adotado” (p. 328). A esse respeito, vale assinalar o quanto é ambígua a sua posição sobre a importância que essa categoria ocupa na compreensão dos fenômenos que ele se propõe a discutir. Portanto, nessa perspectiva, o trabalho se torna uma categoria problemática nas proposições desse autor. Parte dessa ambiguidade parece se dever à sua afiliação teórica à psicanálise.

Foge ao escopo de nossas discussões fazer uma análise das críticas dirigidas a Dejours na sua tentativa de romper com essa abordagem. Observamos que, de fato, em determinado momento de suas reflexões, ele se esforça por diferenciar a psicodinâmica do trabalho da psicanálise ao dizer que,

desde o início, eu havia recusado para a psicodinâmica do trabalho o modelo das ciências aplicadas e desejado situá-la no modelo epistemológico das ciências de campo. Esta posição de princípio não é, no entanto, suficiente para chegar a um bom termo na distinção entre psicodinâmica do trabalho e psicanálise. Sustentar sempre as teses da psicodinâmica do trabalho significa que, após ter amplamente recorrido à psicanálise, é necessário um procedimento inverso: interrogar a psicanálise sobre si mesma a partir das questões levantadas pela clínica do trabalho (Dejours, 2004a, p. 95).

De um lado, ele faz uso de conceitos fundamentais, como perlaboração, mecanismos de defesa e psicodinâmica, que são desenvolvidos no ambiente da

¹⁰ Para conhecer melhor as críticas dirigidas a Dejours, conferir Lima (2002a; 2003), Araújo (2011), Jacques (2003), Codo (2004), Brant e Minayo-Gomez (2011)

psicanálise ; por outro lado, para refletir sobre a relação homem/trabalho, ele põe em cheque a pertinência dessa teoria como fundamentação teórica (Lima, 2013)¹¹.

No nosso entender, essa prevalência dos pressupostos psicanalíticos responde por boa parte das dificuldades que Dejours (2004b) encontra no tratamento da categoria trabalho em sua obra. Se, por um lado, essa categoria não é central na psicanálise, por outro lado, reconhecê-la como importante implica um problema que parece colocar para si próprio. Ou seja: se, desde os estudos de “psicopatologia do trabalho”, o autor entende ser o trabalho uma categoria fundamental na compreensão dos fenômenos que ele identifica, podemos interrogá-lo no concernente a mantê-la nessa posição, ao se ater nos limites de uma abordagem para a qual “o que está no centro da subjetividade não é o trabalho, mas o sexual (ou a sexualidade)” (Dejours, 2004b, p. 30). Diante disso, é possível perceber que, na tentativa de fazer uma síntese entre sua perspectiva e as contribuições da psicanálise – com vistas a justificar sua pertinência nas análises das questões relativas ao trabalho –, ele busca resolver uma “dificuldade teórica maior”: a “contradição entre centralidade do trabalho e centralidade da sexualidade” (Dejours, 2004b, p. 30-1).

Aqui, um primeiro aspecto a assinalar diz respeito ao que esse autor define como trabalho. Segundo ele,

o trabalho é aquilo que implica, do ponto de vista humano, o fato de trabalhar: gestos, *saber-fazer*, um engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e de reagir às situações; é o poder de sentir, de pensar e de inventar, etc (Dejours, 2004b, p. 28).

Em termos mais precisos, “para o clínico, o trabalho não é em primeira instância a relação salarial ou o emprego; é o ‘trabalhar’, isto é, um certo modo de engajamento da personalidade para responder a uma tarefa delimitada por pressões (materiais e sociais)” (Dejours, 2004b, p. 28). Embora não identifiquemos sérios problemas nessa definição inicialmente colocada pelo autor, chama-nos a atenção o seu esforço em substituir a noção de “trabalho” pela de “trabalhar”. Veremos que essa substituição não é casual e parece já preparar o caminho na sua busca de solução para o problema da “centralidade do trabalho” e “centralidade da

¹¹ Quanto a essa dificuldade de Dejours em lidar com os pressupostos da psicanálise, remetemos o leitor às críticas empreendidas por Lima (2013) e Jacques (2003).

sexualidade”, conforme dito acima. Portanto, partindo da constatação de que “na teoria psicodinâmica do trabalho, o desenvolvimento da subjetividade passa pela relação entre o sofrimento e o real” e de que “na teoria psicanalítica do sujeito, o desenvolvimento da subjetividade passa, antes de tudo, pelas pulsões e seus destinos”, empreende esforços para deparar com uma saída para o que denomina “o paradoxo da dupla centralidade” (Dejours, 2004b, p. 31). Ele encontra, pois, nas noções de sofrimento (por parte da psicodinâmica do trabalho) e de pulsão (do lado da psicanálise), os elementos que poderiam aproximar esses dois campos e permitir a solução ao problema por ele colocado. Assim sendo, “sofrimento e pulsão poderiam, precisamente, encontrar um denominador comum no trabalho, de uma parte, e de outra, no corpo” (*idem*, p. 31). Conforme Dejours assinala, “Freud, com efeito, definiu a pulsão como ‘a quantidade de exigência de **trabalho** imposta ao psiquismo devido às suas relações com o corpo’” (Freud *apud* Dejours, 2004, p. 31). O grifo é de Dejours, que explicita sua intenção, quando anuncia:

Esta analogia, nos termos utilizados tanto em psicodinâmica do trabalho quanto em psicanálise, só pode ser heurística mediante o paradoxo da dupla centralidade, e após uma arqueologia exaustiva da noção de trabalho na metapsicologia freudiana. Tratar-se-ia, mais especificamente, de precisar os elos semânticos entre o Arbeit freudiano, assim como ele se dá por meio das noções de Traumarbeit (trabalho do sonho), Trauerarbeit (trabalho de luto), Durcharbeiten (perlaboração), Verdrängungsarbeit (trabalho de recalque), Arbeitsanforderung (exigência de trabalho), Verdichtungsarbeit (trabalho da condensação), etc., e o trabalho no sentido clássico de produção – *poiësis* (Dejours, 2004b, p. 31).

Dessa forma, o autor supõe ter resolvido o problema da dupla centralidade, tal como havia colocado. Entretanto, no nosso entender, aqui reside um dos aspectos para o qual vêm sendo dirigidas as críticas à sua obra: o viés especulativo presente nas suas produções teóricas (Lima, 2002a). Querer fazer equivaler a categoria **trabalho** aos termos que Freud usou em sua obra para se referir a processos psíquicos, só porque se trata da mesma palavra, não se justifica, a não ser que haja um pressuposto arbitrário previamente estabelecido, nesse caso, o de haver relação de equivalência entre essas diferentes acepções da palavra. Não por acaso, o apelo de Dejours evidencia o quão arbitrária é essa saída por ele encontrada:

Na falta de desenvolvimento suficiente, pediremos ao leitor o benefício da dúvida. Não lhe pedimos para admitir como verdadeiro, mas somente como possível, o que é comum nos conceitos de Arbeit e o trabalhar (e não o trabalho). Se for o caso, o paradoxo da dupla centralidade se resolveria com uma exegese do conceito de pulsão a partir da definição dada

por Freud em 1915, à luz das contribuições da teoria do trabalho originadas na clínica (Dejours, 2004b, p. 31).

Não menos problemática é a metodologia proposta, o que parece também decorrer da sua afiliação teórica. Se, num dado momento de sua produção (como aquela representada pelo livro “*A loucura do trabalho*”, por exemplo) é possível observar que o autor “revelou, sem ambiguidade, sua adesão à psicanálise, cujo método é transposto para a análise das situações de trabalho”, conforme constata Lima (2002a, p. 66), em outro momento observamos seu esforço em tentar estabelecer as diferenças entre aquela abordagem e a sua proposta, tomando, como ponto fundamental para essa distinção, a relação com o real. Nessa perspectiva, no texto em que nomeia a psicodinâmica do trabalho, ele enfatiza:

A clínica do trabalho aparece inteira como o *locus* dos movimentos de subversão, de envolvimento e de contorno dos constrangimentos centrípetos exercidos pela realidade do trabalho. Envolvimento e liberação rivalizam, mas o real permanece como o centro de gravidade universal da clínica do trabalho (Dejours, 2004a, p. 95-6).

Por seu turno, a

a psicanálise, ao inverso, constrói-se por um ato soberano e fundador de exclusão do real para a periferia, enquanto o psíquico e o imaginário são convidados a ocupar as posições centrais. Há assim, em primeira instância, um movimento originário que opõe a psicanálise à psicodinâmica do trabalho. (Dejours, 2004a, p. 96).

O que essas passagens sugerem é uma falta de clareza quanto ao que Dejours se refere como “real”, posto que, em momento anterior dessa mesma obra, ele já havia se referido à ideia de que “os fatos não existem em si, por isso não podem ser coletados” (p. 80). Essa mesma perspectiva já estava presente nas suas formulações no anexo metodológico do livro “*A loucura do trabalho*”, quando ele assinalou:

Diferentemente do andamento das pesquisas realizadas por certos ergonomistas, não nos interessamos fundamentalmente pela realidade dos fatos do trabalho, nem tampouco pela descrição que fazem os trabalhadores sobre o seu trabalho. Nosso objetivo não é desvendar a realidade do trabalho humano, em suas dimensões físicas e cognitivas. Nossa pesquisa está centrada essencialmente na vivência subjetiva, de modo que nos interessamos, sobretudo, pela dimensão do comentário (Dejours, 2004a, p. 115).

Parece escapar a Dejours o fato de estar diante de uma contradição ao propor uma clínica que se fundamenta no “real”, ao mesmo tempo em que pressupõe a inexistência dos fatos em si e abre mão do desvendamento da realidade de trabalho. Não há como desconsiderar os questionamentos feitos por Lima, ao assinalar que

o que Dejours enfatiza é a subjetividade (ou a intersubjetividade) e isto nos obriga a nos interrogar sobre a possibilidade de acesso à realidade (ou sobre o estatuto da realidade à qual ele tem acesso), quando o critério de objetividade passa pela busca do consenso entre as interpretações feitas pelos pesquisadores a respeito da vivência dos trabalhadores. Neste caso, até mesmo o resultado que ele persegue, ou seja, o acesso à vivência subjetiva dos trabalhadores, nos parece comprometido (Lima, 2002a, p. 67-8).

É possível observar, também aqui, no entanto, que o caminho percorrido pelo autor, para resolver esse tipo de contradição, não difere daquele que já identificamos acima, quando discutimos a noção de trabalho presente em sua obra: o viés especulativo característico de suas reflexões. Isso fica evidente, por exemplo, quando ele busca explicar o suposto êxito de suas intervenções. Nesse sentido, na obra anteriormente citada, quando nomeou a disciplina, observamos o seu esforço em tomar como equivalentes o pensamento e a ação. Assim, ao discutir sobre os efeitos da pesquisa em psicodinâmica do trabalho, o autor afirma que

a ação é indissociável de um trabalho de elaboração, que, no entanto, mobilizou apenas o pensamento e o discurso. A prática das pesquisas, em psicodinâmica do trabalho, sugere que o *locus* teórico da ação está no trabalho do pensamento em si, e que não é legítimo manter aqui uma distinção filosófica entre pensamento e ação (Dejours, 2004, p. 90).

Nesse movimento por meio do qual ele busca resolver os problemas com que se depara, é possível identificar que se trata de uma solução obtida através de uma “operação mental”, na qual o ponto de partida são constructos teóricos que ele usa para tentar solucionar as dificuldades. Vemos, assim, que cabem a Dejours as críticas feitas por Chasin, quando, ao se referir à especulação, ele diz tratar-se “de uma ‘reorganização da subjetividade’, através do ‘logicismo’ e da ‘abstratividade própria aos volteios da razão auto-sustentada’” (Chasin *apud* Lima, 2002a, p. 57).

Assim, como também reconhece Jacques ao se referir à proposta de Dejours, “como concepção de ciência e de pesquisa, a psicodinâmica do trabalho prioriza o arranjo mental dos conceitos, ou seja, os modelos teóricos concebidos pela via

especulativa e que servirão para ordenar as evidências empíricas” (Jacques, 2003, p. 106).

Outro problema presente nas proposições de Dejours – e ao qual já fizemos menção anteriormente – diz respeito ao nexos entre trabalho e adoecimento mental. No contexto francês, foi ele quem desencadeou a polêmica, em 1980, quando passou a questionar a existência desse nexos. Ele alegou que, “contrariamente ao que poderíamos imaginar, a exploração do sofrimento pela organização do trabalho não cria doenças mentais específicas”, o que lhe permitiu concluir que “não existem psicoses do trabalho, nem neuroses do trabalho” (Dejours, 1987, p. 122). Para Lima (2003), “enquanto Le Guillant dedicou a maior parte de sua carreira às pesquisas sobre os distúrbios mentais que atingiriam certas categorias profissionais, Dejours recusou essa possibilidade, desde o início, negando a existência de neuroses ou de psicoses do trabalho”. Para esse último, conforme constata a autora, as afecções mentais seriam “resultantes, em última instância, das estruturas de personalidade forjadas muito antes da inserção dos indivíduos no mundo produtivo” (Lima, 2003, p. 82). A autora tem procurado trazer elementos que lancem luz sobre o fenômeno, e que são um convite a uma reflexão mais aprofundada sobre o problema do nexos (Lima, 2003).

Se examinarmos atentamente os resultados das pesquisas, encontraremos muitas evidências que apontam na direção contrária àquela defendida por Dejours. É possível constatar, já nos estudos realizados por Le Guillant (2006), por exemplo, elementos que apontam para um possível nexos entre distúrbios mentais e trabalho, sugerindo que negar de antemão o nexos causal entre trabalho e adoecimento mental pode ser um equívoco. Para esse autor, não se pode negar a influência do meio no aparecimento (ou desaparecimento) dos distúrbios psíquicos. Sua proposta avança na compreensão de que “a unidade indissolúvel do indivíduo com o meio – unidade histórica, evidentemente, dialética – é a lei fundamental, à qual não pode escapar o psiquismo normal ou doente, nem o próprio paciente inteiro” (Le Guillant, 2006, p. 41). Mas, longe de um “sociologismo” (o que é inclusive criticado por ele próprio), o que esse autor assinala é que, a partir de seus estudos,

vislumbramos a possibilidade de superar os múltiplos (...) estudos relativos ao papel do “fatores sociais” no surgimento de um certo número de manifestações – suicídio, distúrbios mentais, alcoolismo, criminalidade, perturbações de caráter e delinquência juvenis etc.; e, para além de um certo ‘sociologismo’ tão disseminado nos dias de hoje, o estabelecimento de uma verdadeira psicopatologia social (Le Guillant, 2006, p. 53).

Ademais, não se trata de ignorar ou subestimar as condições sociais nas quais o sujeito se encontra inserido, nem tampouco de estabelecer uma relação direta entre essas condições e os distúrbios de que pode padecer. Ou seja,

é evidente que as dificuldades materiais ou morais, as condições insalubres de moradia, os baixos salários... mantêm uma estreita relação com a prostituição, o uso abusivo de bebidas alcoólicas ou os distúrbios mentais. Mas, não se trata da relação simplista, mecanicista, de uma causalidade direta (Le Guillant, 2006, p. 53)¹².

Mais recentemente, vários estudiosos têm reconhecido as valiosas descobertas de Le Guillant (Lima, 2004; 2006; Lima, Assunção e Francisco, 2002; Codo, 2004; Clot, 2011) e suas pesquisas têm demonstrado o quanto ele contribuiu para a compreensão do adoecimento mental. Ressaltamos as pesquisas de Lima (2004) sobre a relação entre distúrbio mental e trabalho. Ao realizar um “levantamento epidemiológico nas clínicas e hospitais psiquiátricos de Barbacena” (Lima, 2004, p. 139), a autora trouxe uma série de evidências que, se não são decisivas para resolver a polêmica em torno do nexos causal, são um convite “a refletir sobre o lugar do trabalho na compreensão dos distúrbios mentais” (*idem*, p. 154). Desse modo,

ao revelar certas formas de desgaste acometendo, de forma significativa, indivíduos pertencentes às mesmas categorias profissionais, os resultados iniciais de nosso estudo não apenas sugerem a presença de elementos nocivos à saúde desses indivíduos no exercício de suas atividades, como nos permitem antever a possibilidade de propor medidas preventivas adequadas (Lima, 2004, p. 157).

Longe de pretender esgotar a análise da proposta dejouriana, nossa intenção aqui foi apenas assinalar alguns aspectos problemáticos em sua obra, mesmo sabendo das contribuições desse teórico para o desenvolvimento do campo da Saúde Mental e Trabalho. Ao apontar alguns de seus equívocos, tentamos trazer à luz questões que precisam ser superadas, para que avancemos no tratamento dado aos problemas de saúde mental dos trabalhadores.

¹² Dada a importância desse autor para nosso estudo, consideramos pertinente retomar alguns de seus enfoques, o que será feito mais adiante.

1.3.2 – A psicologia concreta de Georges Politzer e a proposta de Louis Le Guillant

Com vistas a superar alguns dos problemas identificados na perspectiva acima analisada, consideramos que um teórico de fundamental importância a ser resgatado é Georges Politzer (1975). Nossa intenção, aqui, consiste apenas em assinalar algumas de suas contribuições e em expor o modo pelo qual foram apropriadas por Louis Le Guillant, psiquiatra que, no nosso entender, proporcionou um avanço na direção de um melhor tratamento das questões relacionadas à relação entre saúde mental e o trabalho. Entendemos, portanto, que as reflexões de Politzer em torno da psicologia concreta podem ser de grande ajuda para a investigação nesse campo.

De início, esse autor discute as limitações inerentes à psicologia clássica, à qual chama de psicologia abstrata, mostrando que ela é insuficiente para compreender o homem e, conseqüentemente, seu psiquismo, o que a torna incapaz de dar conta do seu objeto.

Assim, cabe ressaltar que, para Politzer, à psicologia devem interessar os homens concretos, tomados em suas vidas singulares. Ou seja,

a psicologia, se tem uma razão de ser, só pode existir como ciência ‘empírica’. Deve, portanto, interpretar a exigência da primeira pessoa e da homogeneidade de uma forma apropriada ao seu nível. Devendo ser *empírico*, o eu da psicologia só pode ser o *indivíduo particular*. (...) É necessário um conceito que esteja no mesmo plano que o indivíduo concreto e que seja exclusivamente o ato do *eu* da psicologia. Ora, o ato do indivíduo concreto é a **vida**, a vida singular do indivíduo singular, ou seja, *a vida no sentido dramático da palavra* (Politzer, 1975, p. 72).

É de se ressaltar, também, pontua Politzer, que a singularidade do indivíduo – que não é quantitativa, mas dramática – deve ser definida, não do ponto de vista formal, mas de maneira concreta¹³.

Por sua vez, os fatos devem manter as mesmas características do “drama”, ou seja, a propriedade de serem particulares, pois

¹³ A título de esclarecimento, Politzer afirma que “se entenda, de uma vez por todas, que queremos designar pelo termo ‘drama’ um fato, e que abstraímos totalmente das ressonâncias românticas desta palavra. Pedimos pois ao leitor para se habituar a esta concepção simples do termo e para esquecer o seu significado ‘comovedor’” (Politzer, 1975, p. 27). Ou seja, ‘drama’ é tudo aquilo que se desenrola no viver dos indivíduos, considerados em suas existências reais.

ao retirar ao fato as suas características particulares, a conclusão será necessariamente abstrata e nunca contribuirá para a compreensão do fato concreto. É por esta razão que o psicólogo falha; vê-se obrigado a repetir as mesmas conclusões genéricas sobre cada fato particular e nunca adquire uma ciência verdadeira nem consegue ultrapassar o âmbito da linguagem ou ultrapassar a mera constatação de um acontecimento. A tautologia será sempre o fruto da abstração (Poltzer, 1975, p. 95).

É, portanto, baseando-se em fatos empíricos que se deve compreender o homem e cabe ao psicólogo, em suas investigações, partir de fatos psicológicos.

Um aspecto importante é que, ao se definir o fato psicológico, sente-se necessidade de que se vá além das concepções clássicas de percepção. A preocupação do autor é exatamente escapar das definições que procuram substituir os indivíduos por abstrações. Em sua proposta, ele reconhece que os fatos psicológicos só podem ser considerados em íntima conexão com a vida do indivíduo. Ou seja,

se isolarmos os fatos psicológicos do indivíduo singular ficaremos imediatamente situados num plano abstrato, no plano das generalidades com que os psicólogos trabalham. Mover-nos-emos assim entre considerações que permanecerão aquém ou além do indivíduo particular; ora, como só este pode introduzir na teoria a diversidade concreta que a torna aplicável aos casos particulares, a abstração conduz necessariamente à tautologia, vindo o acaso a substituir o vácuo criado pela eliminação do concreto individual. A experiência fornece-nos exclusivamente fatos individuais (Poltzer, 1975, p. 94).

Daí a necessidade de se eleger o “drama” como ponto de investigação, pois, “escolhendo o *drama* para campo de estudo, o ato constitutivo da ciência psicológica deixa de ser uma percepção qualquer. Não é a percepção *externa* porque os seus dados *ainda não são* fatos psicológicos, e não é a percepção *interna* porque os seus dados *já não são* fatos psicológicos” (Poltzer, 1975, p. 111). Tampouco o fato psicológico pode ser assimilado ao simples comportamento:

O fato psicológico não é o *comportamento simples*, mas precisamente o *comportamento humano*, isto é, o *comportamento reportado aos acontecimentos pelos quais se desenvolve a vida humana e ao indivíduo enquanto sujeito dessa vida*. Em suma, o fato psicológico é o comportamento que possui *um sentido humano* (Poltzer, 1975, p.112).

Essas reflexões propostas por Poltzer já nos apontam um caminho na busca da compreensão dos fenômenos humanos. A metodologia de investigação dos

problemas relativos à saúde mental dos trabalhadores, tal como vem sendo discutida aqui, deve ser capaz de levar em conta não só as especificidades de cada indivíduo, bem como a especificidade de cada momento histórico e contexto social.

1.3.2.1 – A abordagem pluridimensional de Louis Le Guillant

Um dos teóricos do campo da saúde mental e trabalho que incorporou em sua abordagem as reflexões de Politzer foi Le Guillant (2006), cujas contribuições parecem representar uma boa alternativa para contornar alguns dos problemas por nós identificados, tanto nas teorias do estresse, como na psicodinâmica do trabalho. Do ponto de vista metodológico, por exemplo, “o emprego de abordagens tanto quantitativas como qualitativas tem tradição nas pesquisas de Le Guillant, considerado um dos pioneiros nos estudos sobre os vínculos entre saúde/doença mental e trabalho” (Jacques, 2003, p. 108). Nos dizeres de Lima (2002a), a abordagem metodológica proposta por Le Guillant, denominada “pluridimensional” busca “informações, através de todos os instrumentos disponíveis: observações, questionários e entrevistas. Além disso, ele recorre aos sindicatos, serviços médicos das empresas, dados estatísticos diversos, literatura técnica sobre o tema estudado e literatura em geral” (Lima, 2002a, p. 62). Essa abordagem fica evidente em um estudo por ele realizado sobre a condição das empregadas domésticas, na França, publicado nos anos 60 do século passado. Nessa pesquisa, ao se referir ao uso de dados estatísticos associado aos estudos de casos individuais, Le Guillant assinalou que

essa abordagem “pluridimensional” (...) é indispensável. O procedimento de nossa pesquisa passou, incessantemente, de uma perspectiva para outra: por um lado, os dados estatísticos remetiam-nos para casos particulares e, por outro, os dados coletados nas entrevistas ou exames reenviavam-nos para verificações (Le Guillant, 2006, p. 245).

É digno de nota o esforço desse teórico em superar alguns dualismos que observava em sua época e que ainda se mantêm em certas perspectivas atuais. A própria necessidade de escolher entre “pesquisa quantitativa” e “pesquisa

qualitativa” não se justifica, conforme podemos observar com base em suas considerações metodológicas, tal como mencionado acima.

Da mesma forma, nessa perspectiva, não há razão que justifique a polarização entre objetividade e subjetividade, outro dualismo a ser superado. O autor chama a atenção para a existência de uma “unidade indissolúvel indivíduo-meio, já demonstrada de uma forma mais geral pelo materialismo histórico, a partir do estudo dos fatos sociais” (Le Guillant, 2006, p. 43).

É essa, pois, a orientação de Le Guillant, quando se propõe a investigar a saúde de determinada categoria de trabalhadores:

Neste campo o trabalho é abordado – e de forma cada vez mais insistente – a partir de duas exigências, de algum modo, opostas: por um lado, a ênfase em fatos bem concretos, precisos, dificilmente contestáveis – pelo menos, enquanto fatos ou, no mínimo, de acordo com a interpretação proposta para eles; e, por outro, uma ampla penetração no universo subjetivo dos indivíduos e das relações humanas (Le Guillant, 2006; p. 191).

Assim, a proposta do autor é articular três conjuntos de determinantes que são fundamentais para se compreender a saúde/doença dos indivíduos: a história de vida, que é singular, as condições concretas de trabalho e o contexto social mais amplo no qual transcorre a existência desses indivíduos.

Essa perspectiva lhe permite escapar do viés determinista, que poderia pressupor uma relação direta entre causa e efeito, já que, para ele, “não existe nenhuma causalidade linear para garantir o encadeamento entre o psíquico e o social” (Clot, 2010, p. 70). Sua perspectiva fica clara quando, ao ilustrar, por exemplo, que o fato de alguém “morar em um quarto miserável assume um sentido bem diferente segundo os indivíduos” – se é um militante comunista, um casal apaixonado, ou uma empregada doméstica desesperada, esgotada e enlouquecida. Como bem sintetiza Clot (2010, p. 74), “não é a condição social que é a patogênica em si, mesmo que ela possa tornar-se isso por si”. Ou, dito de outra forma, mas nas palavras do próprio Le Guillant: “ao estarem inseridas em um conflito mais amplo, tornando-o mais grave e impelindo-o até um ponto intolerável, uma condição de vida e uma circunstância estão dotadas, ou não, do poder de engendrar distúrbios mentais” (Le Guillant, 2006, p.54).

Outro aspecto lembrado por ele consiste na necessidade de se “levar em consideração ‘maneiras de pensar’ e costumes transmitidos e criados em cada

sujeito pelo poder da educação, pelas ideologias e por toda a superestrutura social” (Le Guillant, 2006, p. 42). É fundamental assinalar que

no espírito humano só existe, e só pode existir, o que foi colocado pelo mundo externo. Neste caso, as *situações reais* vivenciadas por nossos pacientes – essencialmente, as divisões e as contradições existentes na sociedade – é que se encontram na origem dos conflitos observados neles (Le Guillant, 2006, p. 42).

Assim, como ele mesmo assinala, “nesta concepção, o psiquismo é o reflexo da realidade – sem dúvida, reflexo imperfeito – realizado de forma aproximada, mas composto unicamente pelos elementos da realidade” (Le Guillant, 2006, p. 41). Dessa forma, vai sustentar a ideia de que diferentes estruturas sociais comportam distúrbios psíquicos, que variam no que concerne a tipos e quantidade.

Finalmente, ele critica a frequente contraposição entre psicológico e fisiológico, buscando “eliminar o velho dualismo metafísico entre psicologia e fisiologia, psicogênese e organogênese” (Le Guillant, 2006, p.44). Esse dualismo “tornou-se um falso problema” e, ao superá-lo, “o acontecimento, o meio, a sociedade e o indivíduo encontram-se, de alguma forma, reconciliados” (Le Guillant, 2006, p. 44).

A título de síntese dessas ideias, podemos apreender as principais contribuições de Le Guillant com base na sua ideia-mestra, que o guiou em suas pesquisas:

O processo histórico, as contradições que ele suscita incessantemente entre as estruturas sociais, as formas de vida e as ideologias tanto do passado, quanto do futuro, tudo isso está na origem dos conflitos não só individuais, mas também no seio da coletividade. Os conflitos individuais encontrados no próprio âmago das manifestações psicopatológicas são apenas a expressão, a concentração em determinado indivíduo, a forma dramática e pessoal dos conflitos pelos quais as contradições exprimem-se na sociedade (Le Guillant, 2006, p. 48).

Pelo exposto acima, acreditamos ser essa perspectiva a que mais contribui para a investigação dos problemas relacionados à saúde mental no trabalho, não só para se compreender processos de adoecimento mental, mas também o uso do trabalho como recurso terapêutico.

1.4 – Ergoterapia: o trabalho como fonte de saúde mental

Embora grande parte dos estudos em Saúde Mental e Trabalho, sobretudo aqueles destinados a realizar diagnósticos, esteja focada nos aspectos deletérios do trabalho, não é possível desconsiderar o fato de que o trabalho pode, também, ser fonte de saúde, possibilitando servir como recurso no tratamento de portadores de sofrimento mental, na busca da recuperação da saúde, perspectiva usualmente denominada como Ergoterapia. Nossa intenção, aqui, é verificar, partindo das discussões em torno desse tema, quais os elementos que permitem usar o trabalho usado como recurso terapêutico e, a partir daí, identificar as condições que o tornam uma importante fonte de saúde mental. Esse tema é de particular interesse para nossa tese, já que, conforme veremos adiante, o trabalho aparece como elemento importante na condução de alguns casos atendidos pelos serviços públicos de saúde. Além disso, com a chamada Reforma Psiquiátrica, há iniciativas que apostam no trabalho como um recurso no tratamento dos doentes mentais. Nas discussões que se seguem, realizamos um breve histórico das origens das práticas ergoterapêuticas, resgatando, em seguida, alguns dos pressupostos dos teóricos que se valeram desse recurso no tratamento de pacientes psiquiátricos.

1.4.1 – As origens das práticas em ergoterapia

De início, importa assinalar, como afirma Tosquelles (2009), que o uso do trabalho como recurso no tratamento de doentes mentais já pode ser identificado na civilização egípcia, bastando “lembrar as descrições de Heródoto sobre as atividades e cuidados em torno dos doentes mentais no Egito, quando eles eram recebidos nos ‘templos especializados’” (Tosquelles, 2009, p. 56). Nessas práticas, era possível constatar a presença de “trabalhos organizados” nos jardins, com atividades, como concertos, danças, pinturas, passeios de barco, etc. Esse autor ressalta que “historiadores recordam o *slogan* terapêutico lançado mais tarde por Caelius Aurélien: ‘Música, amor, trabalho’”, embora esqueçam que, em alguns de seus escritos, datados dos anos 80 a.C, ele já se manifestava contra o tratamento

violento a que eram submetidos os alunos nesse período, indicando que esse tipo de prática também existia nessa época. Tosquelles (2009) observa que, nesse período, assiste-se a uma mudança na medicina, que se afasta dos ritos semilitúrgicos, semissanitários praticados por sacerdotes, e “o cuidado se torna uma atividade laica. Isso fica claro com o fundador da medicina, Hipócrates” (Tosquelles, 2009, p. 57). Posteriormente, ainda na antiguidade, Galeno propõe a ideia de que “a ocupação é a grande medicina da natureza”, sendo possível reconhecer, nas suas descrições, um certo conjunto de práticas que se configuravam como “perspectivas ergoterapêuticas”. Contudo, o que se verificou, nesse período, foi que “o aspecto teórico e prático de novas perspectivas *somáticas* das doenças mentais, já concebidas como doenças cerebrais, imperou” (Tosquelles, 2009, p. 57). O que o autor observa é que, com isso, a atenção sobre o homem desapareceu, ou foi recolhida, dando lugar a uma abordagem médica “prevalente sobre o organismo com um ser ‘da natureza’” (Tosquelles, 2009, p. 57). Assim, contrariando a vontade de Galeno, o que se constatou foi

em primeiro lugar uma simples redução do interesse sobre o homem mentalmente doente e a degradação, ou o desaparecimento, das instituições de cuidados, depois a instalação da noite tenebrosa, que dura séculos, de comportamentos que conduzem à repressão dos pacientes, para terminar com o ataque de sadismo mais refinado no seu extermínio sistemático (Tosquelles, 2009, p. 58).

Na Idade Média, os árabes trouxeram contribuições que apontam para uma maior preocupação com o doente mental. Como lembra Tosquelles, “por meio dos árabes, encontramos o renascimento e uma nova humanização do cuidado aos doentes mentais”, sendo que a obra dos médicos árabes Avicenne e Rhazès abrirá, em Valência, por meio de Jean Gilbert-Joffré, a possibilidade de criação do “primeiro hospital psiquiátrico do ocidente, onde também encontramos a prática bastante sistemática do trabalho terapêutico ‘suavizando os comportamentos’” (Tosquelles, 2009, p. 58).

Entretanto, no período que se segue, o louco foi cada vez mais sendo estigmatizado e confinado a espaços de reclusão, submetido a formas de “tratamento” que, longe de auxiliarem na sua recuperação, contribuíam para o agravamento e cronificação dos seus sintomas, o que, por sua vez, servia de justificativa para o uso de práticas, como confinamento, torturas e até mesmo

extermínio. Como assinala Tosquelles, “lembramos que, durante quatorze séculos, os loucos foram condenados e mortos com muita frequência” (*Idem*, p. 59). O que estaria na base dessa forma de tratamento é, na compreensão do autor, o fato de se desconsiderar a loucura como um acontecimento humano, desconhecendo-se o drama do louco, que é visto, nesses contextos de segregação, como um animal ou como um “objeto vivo”, em vez de um sujeito humano¹⁴.

Na avaliação de Tosquelles (2009), estamos, até aqui, diante daquilo que ele denomina como sendo uma “pré-história da ergoterapia”, marcada pela oscilação entre dois pontos extremos: de um lado, “atividades cristalizando o processo de humanização em torno do trabalho e na troca de palavras” e de outro, “a destruição sistemática dos doentes mentais e do aparelho de cuidados que seus irmãos em humanidade já haviam sido capazes de lhe oferecer” (Tosquelles, 2009, p. 62).

Esse quadro só se modificou, quando surgiu, no cenário francês, a figura de Pinel. Na Espanha, ele encontrou-se com o padre Murillo, o que, como ressalta Tosquelles, significou “um encontro histórico para a psiquiatria francesa, de acordo com o próprio Pinel” (Tosquelles, 2009, p. 58). É marcante a influência do padre Murilo sobre Pinel, principalmente no que diz respeito à forma de lidar com os doentes mentais, sendo que, no hospital psiquiátrico criado por aquele, sua proposta era impedir que esses doentes ficassem acorrentados, como era usualmente feito na época.

Não cabe, aqui, citar as inúmeras mudanças propostas por Pinel no tratamento dado ao doente mental. Cabe apenas assinalar que, na avaliação de Tosquelles (2009), é com ele que a ergoterapia assume um verdadeiro caráter de tratamento do doente mental. Suas práticas são pouco a pouco disseminadas por vários países, como a Itália, Inglaterra, Alemanha, Bélgica, Noruega e América do Norte. “Foi, por conseguinte, um período heroico de crescimento e de expansão da ergoterapia, que durou até o fim do século XIX” (Tosquelles, 2009, p. 63).

Apesar disso, alguns autores identificam, nas práticas propostas por Pinel, o uso do trabalho, muito mais como uma forma de “tratamento moral” do louco, do que propriamente como um recurso terapêutico. Conforme destaca Brescia (2003),

¹⁴ Apesar disso, alguns médicos resistiam a isso e buscaram lutar contra esse tipo de visão sobre o louco e a loucura. Dentre eles, encontram-se Vésale, em 1543, Paracelso (1493-1541) e Ambroise Paré (1509-1590) (Tosquelles, 2009).

lançando as bases de uma pedagogia para o tratamento da loucura, agora instituída como doença, em que a desrazão deveria ser reconduzida a seu curso normal, ou seja, à razão, Pinel se ancorou também na proposta de submissão ao trabalho mecânico [repetitivo], visto como elemento de disciplina e de controle dos excessos (Brescia, 2003, p. 25).

Nessa mesma direção, Lima, E (2004) reconhece, nas atividades propostas aos loucos, nos asilos do início do século XIX, essa mesma perspectiva, ao assinalar que Pinel “transformou o trabalho na base do funcionamento asilar” (Lima, E. 2004, p. 3). Para a autora, vale destacar “que uma característica básica do asilo para doentes mentais é o controle do tempo, dos corpos e das mentes dos internos e que diferentes atividades se prestam muito bem a desempenhar este papel” (*idem*, p. 3), sendo, portanto, o trabalho usado como tratamento moral do louco. Dessa forma, a instituição asilar isola os portadores de sofrimento mental “do contato com o mundo exterior e passa a se encarregar da totalidade de suas vidas, prescrevendo para eles ocupações”. Com isso, “a norma do trabalho, materializada em diversas oficinas (costura, bordado, artesanato em couro, carpintaria) impera no hospício; para aqueles sem aptidões especiais, há a possibilidade de trabalhar como servente nas obras, refeitório ou enfermarias do asilo” (Lima, E. 2004, p. 3). Contudo, é importante enfatizar, como assinala Silveira:

Na transição do século XIX para o século XX, a ideia de se aproveitar o “uso” de um alienado não deve de forma alguma ser confundida com exploração desumana de seu trabalho. Pelo contrário, havia a necessidade de se fazer uma aposta nas possibilidades do doente para além do processo patológico instalado (Silveira, 2008, p. 168).

Seja como for, para Tosquelles (2009), Pinel foi além dessa perspectiva quanto ao uso meramente moral do trabalho nos asilos, pois sua preocupação maior estava voltada para outra questão. Segundo ele, até o surgimento das propostas de Hermann Simon, na Alemanha do início do século XX, muitos esforços foram desperdiçados em torno de discussões sobre o caráter biológico ou não da doença mental, o que fez com que a visão do homem reduzido a um organismo animal retornasse. Nesse sentido, Simon representa uma tentativa de se contrapor a esse modelo que vigorará por vários anos. Ao se referir a esse período, Ruiz e outros (2013) assinalam:

Em uma época em que se praticava a clinoterapia (repouso no leito), deixando-se os internos inativos, o psiquiatra alemão Simon (1867-1947) em 1927 sistematiza uma proposição denominada 'psicoterapia (hiper)ativa', depois conhecida por "Ergoterapia", a partir das práticas que desenvolvia desde 1905 no hospital de Warstein e depois em Gutersloh. Em 1929 este psiquiatra publicou o livro "Uma terapêutica mais ativa no hospital psiquiátrico" (Ruiz *et al*, 2013, p. 5).

De acordo com Tosquelles (2009), Hermann Simon preconizava a responsabilidade do doente mental, assinalando que três males o ameaçavam: a inação, o ambiente desfavorável do hospital e o pressuposto de sua irresponsabilidade. Isso lhe permitiu concluir que os sintomas apresentados pelo paciente estavam muito mais relacionados ao meio hospitalar, do que a ele próprio. Tosquelles percebe que, no conjunto das proposições teóricas concebidas após Simon, o lugar da ergoterapia não se restringe a um "fazer trabalhar os pacientes" como forma de diminuir seus sintomas. Tratava-se, antes de tudo, de fazer os doentes e os cuidadores trabalharem para cuidar da instituição, "para que a instituição e os cuidadores compreendam, na prática, que os pacientes são seres humanos, sempre responsáveis pelo que fazem, o que só pode ser evidenciado com a condição de que façam alguma coisa" (Tosquelles, 2009, p. 79). Desse modo, reconhece que, em Simon, o trabalho não era reduzido ao mero exercício muscular ou à produção de objetos, e muito menos considerado como possuidor "poderes narcóticos" capazes de fazer os doentes esquecerem as contrariedades ou se desviarem de seus delírios.

Entretanto, como essas práticas não conseguiram cumprir as exigências da racionalidade científica da época, e devido ao avanço e hegemonia das concepções biológicas no campo da psiquiatria, conforme assinalamos acima, a ergoterapia entrou em um período de declínio. Apesar disso, como assinala Lima, E (2004) esse tipo de atividade não desapareceu dos asilos:

Em quase todos eles, atividades laborerápicas se mantiveram apenas como exploração do trabalho dos pacientes, em serviços de manutenção da própria instituição. Em outros, atividades monótonas e repetitivas eram realizadas, na tentativa de se combater a ociosidade e o vazio provocados pela situação de internação (Lima, E, 2004, p. 4).

Apenas nos anos 40, na França, as teorias psiquiátricas foram renovadas e ampliadas, permitindo a retomada de propostas de tratamento que veem o trabalho como um importante recurso terapêutico, conforme veremos a seguir.

1.4.2 – A ergoterapia na França do pós-guerra

De início, vale mencionar que, se a ergoterapia entrou num período de declínio a partir dos anos 20 do século XX, na França, ela foi retomada nas décadas de 40 e 50, havendo um esforço de sistematização por parte de alguns psiquiatras franceses. Nesse período, dentre os principais teóricos que se debruçaram sobre o uso do trabalho como recurso no tratamento dos portadores de sofrimento mental, na França, destacam-se Paul Sivadon, François Tosquelles e Louis Le Guillant (Lima; Brescia, 2002).

Paul Sivadon teve uma importância especial nessa retomada da ergoterapia pela psiquiatria francesa. Segundo Lima (1998), apesar de “não ter sido o criador da ergoterapia (segundo ele, uma abordagem da loucura tão antiga quanto a própria loucura), sabemos que ele trouxe elementos (tanto empíricos quanto teóricos) extremamente inovadores para este campo”, dedicando grande parte de seus estudos “à compreensão do valor terapêutico do trabalho no tratamento de doentes mentais” (Lima, 1998, p. 12). Herdeiro da abordagem proposta por Henry Ey para a explicação da doença mental, Sivadon adota uma perspectiva teórica em que tenta “conciliar as concepções organicista e dinâmica” de seu surgimento e desenvolvimento. Dessa forma, “ele tenta integrar e, ao mesmo tempo, ultrapassar o orgânico na compreensão da estruturação da personalidade”, embora a doença mental seja concebida, nessa perspectiva, “essencialmente como resultante de alterações no substrato orgânico” (Lima, 1998, p. 11).

Valendo-se de sua experiência no hospital de Ville Evrard, na França, Sivadon passa a defender a ideia de que

todo sujeito – com raras exceções que resultam da imperfeição de nossas técnicas – é capaz de encontrar ou reencontrar um comportamento ativo e útil sob certas condições, desde que se proponha a ele um meio de trabalho e materiais que estejam de acordo com as estruturas funcionais dominantes de sua personalidade (Sivadon, 1993, p. 171).

Assim, diferentemente das modalidades de uso do trabalho como tratamento moral, ou como forma de obtenção de lucros pela exploração da mão de obra do louco, práticas presentes em muitas instituições psiquiátricas de sua época, para Sivadon, “a terapêutica ocupacional não visava entreter, distrair o doente, ou com

ele reduzir os gastos hospitalares. Visava, sim, à reestruturação da personalidade enferma, utilizando-se das capacidades e níveis funcionais que cada um preservava no momento” (Ruiz *et al*, 2013, p. 8).

Em seu projeto ergoterapêutico, Sivadon se preocupava em identificar o tipo de trabalho mais adequado aos pacientes, levando em consideração o grau de comprometimento de sua saúde. Dessa forma, como ele mesmo afirmava, “quanto mais baixo for o nível de maturação psíquica do sujeito, mais se deverá pesquisar para ele as condições de trabalho correspondentes a certas características” (Sivadon, 1993, p.173). Como assinalam Lima e Brescia, a proposta de Sivadon era que

cada paciente fosse confrontado com atividades que estivessem de acordo com seu nível de maturidade psíquica, sendo que, pouco a pouco, a complexidade dessas atividades deveria aumentar, até chegar a um certo nível de profissionalização ou de especialização, permitindo ao paciente uma reinserção social (Lima; Brescia, 2002, p. 359).

A intenção desse psiquiatra era a de tornar os pacientes aptos a exercerem atividades profissionais, com adequada remuneração, o que poderia ser conseguido por meio das “oficinas protegidas” (Lima; Brescia, 2002), conforme pretendemos analisar mais adiante.

François Tosquelles é outro importante psiquiatra que, nesse período, contribuiu para a compreensão dos estudos sobre a ergoterapia. Desenvolvendo experiências no hospital psiquiátrico francês de Saint-Alban, partia da perspectiva de que era necessário “cuidar do hospital para que ele pudesse tornar-se efetivamente agente de saúde mental, dado que ele segregava sua própria patologia, com base no confinamento de todos, inclusive os profissionais de saúde, cronificando-os” (Ruiz *et al*, 2013, p. 3). Interessado pela ergoterapia, no contexto de outras técnicas, Tosquelles investia no “potencial terapêutico da atividade laboral, através do que chamava de ‘psicoterapia institucional’” (Lima, 2001, p. 234), adotando uma perspectiva semelhante à de H. Simon, na Alemanha, nos anos 1920.

Tosquelles, à semelhança de Sivadon, questionava a forma como o trabalho era incorporado por muitas instituições psiquiátricas da época, por entender que não representava uma estratégia adequada ao tratamento do louco. E isso, porque, como ele constatava, “o trabalho humano, após ser cuidadosamente desumanizado e tornado anônimo, despersonalizado e despersonalizante, tornou-se uma atividade

desafetada e desabusada, inclusive nos Asilos (...)" (Tosquelles *apud* Ruiz *et al*, 2013, p 5). O que ele buscava era, justamente, o tratamento desse tipo de instituição, pois a sua posição era a de que "tanto o hospital psiquiátrico quanto a sociedade em que o asilo se insere estavam doentes e o que é pior: tornaram-se adoecedores" (Ruiz *et al*, 2013, p. 7). E, no processo de tratamento, o doente mental não poderia ser considerado um ser passivo, nem mesmo "paciente", já que ele deveria se tornar um cuidador de si mesmo, mas sem desconsiderar o papel daqueles que dele cuidavam, que também deveriam ser ativos, estando atentos, sobretudo, à importância que o trabalho ocupava no tratamento. Assim sendo, o processo de cura só se efetivaria se o conjunto dos participantes na elaboração do trabalho assumisse um real caráter de cuidador e, sobretudo, se o doente se tornasse, entre outros, cuidador de si mesmo.

Observa-se, portanto, que, para Tosquelles, o trabalho se constitui em importante recurso no tratamento do doente mental, entendendo que a atividade proposta deveria ter uma ação medicinal, isto é, possuir propriedades próprias que lhe conferissem a capacidade de curar. Desse modo, de acordo com Tosquelles, para que seja possível se referir à ergoterapia, é necessário colocar em prática um trabalho baseado em um conhecimento científico, sistemático e analítico, em que se observem aspectos, como a sua estrutura, os mecanismos necessários à sua realização, os efeitos produzidos e mesmo as condições necessárias para a produção desses efeitos. Deduz-se, daí, que não se trata, em um projeto ergoterapêutico, de submeter o doente mental a qualquer tipo de atividade para que ocupe seu tempo, ou mesmo para que "ganhe a vida", pois, na concepção de Tosquelles, nenhuma dessas duas formas possui finalidade terapêutica. Para ele, a atividade não é qualquer movimento, nem movimento adaptado; ela significa atividade que parte do sujeito ativo e nele se enraíza para o seu desenvolvimento, em um contexto social. Nas suas próprias palavras, "na medida em que atividade quer dizer para os parceiros da ergoterapia atividade própria, o desenrolar da ação ergoterapêutica será automaticamente coerente com os esforços psicoterapêuticos que possam ser postos em prática na instituição" (Tosquelles, 2009, p 45).

Um terceiro psiquiatra de grande importância no cenário francês nas décadas de 40 e 50 foi Louis Le Guillant, cujas contribuições para o campo da Saúde Mental e Trabalho já foram expostas em tópicos anteriores. Cabe ressaltar que, também no que diz respeito à ergoterapia, esse psiquiatra contribuiu de forma importante. Como

asseveram Zambroni-de-Souza e outros (2009), embora reconheça o potencial que o trabalho tem no tratamento da loucura, “Le Guillant (...) critica a Ergoterapia, tal como praticada em diversos hospitais, denunciando o uso não remunerado do trabalho que os pacientes ali realizavam” (Zambroni-de-Souza *et al*, 2009, p. 619). Não é só a forma como a ergoterapia era praticada à época que foi criticada por ele, mas também a própria existência de instituições asilares como locais destinados ao tratamento dos loucos. Assim, contradizendo a proposta de Tosquelles, ele afirmava que a ideia de que o hospital “possa ser terapêutico é um mito, visto que ele isola o paciente daquilo que poderia ter um real valor terapêutico, que são os grupos naturais aos quais o paciente pertence” (Zambroni-de-Souza *et al*, 2009, p. 623).

As experiências vividas por esse psiquiatra no período da Segunda Guerra foram cruciais para que passasse a defender essa posição. Em função dos bombardeios que se aproximavam do hospital psiquiátrico Charité-sur-Loire, no qual trabalhava, Le Guillant e seus colegas se viram forçados a liberar os pacientes. Após a guerra, foi possível verificar que, apesar de alguns pacientes terem tido dificuldades de viver fora do hospital, boa parte deles havia encontrado possibilidades de sobrevivência, trabalhando em pequenas fazendas, por exemplo.

Em razão desse fato e de suas práticas no hospital, Le Guillant passou a defender a ideia de que, para ser terapêutico, o trabalho tem de ser realizado, não em espaços isolados, mas dentro da própria sociedade para a qual o paciente deveria retornar. Assim, como assinalam Zambroni-de-Souza *et al* (2009), para esse teórico “a Ergoterapia só seria eficaz se se apoiasse no trabalho tal qual ele existe na sociedade real” (Zambroni-de-Souza *et al*, 2009, p. 624). Aqui, convém lembrar o caráter não asilar da proposta de Le Guillant. É importante ressaltar que, para ele, não se trata de uma mera externalização dos pacientes rumo aos grupos de onde eles se originaram, mas de um retorno gradual e baseado em um acompanhamento sistemático. Aliás, sua proposta consiste justamente em pensar o quanto podem ter sido adoecedoras as condições de vida e de trabalho a que estiveram submetidos os pacientes. Nesse sentido, uma “ergoterapia” deveria considerar as próprias condições em que a nova atividade profissional seria exercida, além de levar em conta o meio para o qual o paciente iria retornar.

Le Guillant avaliava suas experiências com oficinas terapêuticas atento ao lugar ocupado pelo trabalho nesses processos. Quanto a isso, um primeiro aspecto a ser ressaltado é com relação ao pagamento dos pacientes. Como ele próprio

assinalou, “pareceu-nos a todos nós que *a remuneração* constitui um fator essencial para o sucesso das oficinas” (p. 170), ainda que, ao se referir aos valores recebidos pelos pacientes, ele reconhecesse que “seria abusivo utilizar o termo ‘salário’ para caracterizar tais ganhos” (Le Guillant, 2006, p. 163). Assim, se por um lado, o pagamento ocupava um lugar de destaque na proposta desse teórico, por outro lado, ele alertou para “o risco de [se] dar um caráter, por demais exclusivo, ‘operário’ às oficinas terapêuticas, dedicadas unicamente ao trabalho” (Le Guillant, 2006, p. 171).

Conforme podemos depreender das discussões acima, muitos esforços foram feitos por alguns psiquiatras franceses, nos anos 40 e 50 do século passado, no sentido de sistematizar e fundamentar práticas ergoterapêuticas. No entanto, esse tipo de proposta “não encontrou muitos adeptos no campo da SM&T, apresentando um desenvolvimento lento apesar do seu início bastante promissor” (Lima, 2013, p. 2). Dessa forma, como pondera a autora, “os resultados instigantes apresentados pelos psiquiatras que lançaram as novas bases dessa disciplina, na França, bem como a rica controvérsia que desenvolveram, não parecem ter sido suficientemente estimulantes para sua retomada por outros pesquisadores” (*idem*, p. 2). Contudo, não podemos desconsiderar o fato de que suas propostas extrapolaram os limites de seu país de origem e influenciaram as práticas psiquiátricas em outros países.

1.4.3 – A ergoterapia no Brasil

No Brasil, há registros sobre o uso do trabalho no tratamento de pacientes psiquiátricos desde 1854, “dois anos após a inauguração do Hospício de Pedro II” (Silveira, 2008, p. 169). E, como observa Lima, E. (2004), o modelo das práticas adotadas aqui no país não diferia daquele usado em alguns países da Europa, principalmente na França.

Os hospitais psiquiátricos brasileiros, surgidos na segunda metade do século XIX e início do XX, procuravam seguir os moldes desta psiquiatria: os asilos deveriam ter grandes terrenos para que os doentes pudessem trabalhar no cultivo da terra, e havia setores organizados para a realização de diferentes atividades, tais como trabalho com barro, couro e madeira (Lima, E. 2004, p. 63).

É nessa mesma perspectiva que, em 1900, “Franco da Rocha apresentava a concepção de que o trabalho seria parte fundamental na assistência psiquiátrica, sendo a ocupação laboral capaz de afastar o que chamava de ‘fantasias mórbidas” (Santiago; Yasuí, 2001, p. 199). Nesse período surgem no país as colônias agrícolas. Como destaca Brescia (2003, p. 45), “verificamos assim, nas duas primeiras décadas do século XX, a multiplicação dessas instituições que, ora funcionavam como único recurso de atendimento aos alienados disponível nas regiões, ora como espaço complementar aos hospícios”. É de se ressaltar, de acordo com o mesmo autor, que,

construídas em lugares isolados dos centros urbanos, como prescrevia o tratamento moral, as colônias procuravam, através da sujeição dos pacientes a trabalhos agro-pastoris, recriar, artificialmente, um ambiente rural propício à vocação agrícola da sociedade brasileira, na qual o trabalho se tornaria, concomitantemente, meio e fim do tratamento (Brescia, 2003, p. 42).

Para Lima, E (2004), dentro desse contexto, em que o trabalho passa a ser valorizado como recurso no tratamento moral do louco, tal como já vinha acontecendo há algum tempo na Europa, não é por acaso o fato de “a tese inaugural da Cadeira de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP, de Henrique de Oliveira Mattos, ter como título *Laborterapia nas Afecções Mentais*”. Segundo a autora, depois dessa tese, “seguiram-se muitas outras tendo como tema central a aplicação terapêutica do trabalho nos hospitais psiquiátricos” (Lima, E. 2004, p. 63).

Na tentativa de superar o viés do trabalho como mero modo de ocupação do tempo pelo louco, surgiram, aqui no Brasil, algumas experiências isoladas, como aquelas realizadas Osório César, por exemplo (Santiago; Yasuí, 2011). É importante assinalar que, ainda que suas práticas tenham sido inovadoras nas instituições psiquiátricas brasileiras da época, elas representavam exceções. Assim, por exemplo, como constata Lima, E,

no Hospital Psiquiátrico do Juquery dos anos 20 a laborterapia, até então o principal meio de tratamento utilizado, começava a entrar em declínio e os investimentos de seus diretores - Franco da Rocha até 1922 e Pacheco e Silva a partir de então – voltava-se para a instalação, no Hospital, de um Laboratório para estudo da anatomia patológica e da patologia experimental, iniciativa que, para Franco da Rocha, faltava para completar aquele grande asilo que tinha sido construído obedecendo aos preceitos da moderna psiquiatria (Lima, E. 2004, p. 64).

Silveira (2008) esclarece que esse declínio do uso do trabalho no tratamento do louco no Brasil se deveu ao fato de que

as ideias francesas de assistência ao insano mental foram substituídas gradualmente por teorias de inspiração alemã, em sintonia com um referencial predominantemente anátomo-patológico da doença e que desta forma, se pretendia mais científico, no sentido de uma positividade etiológica (Silveira, 2008, p. 169).

Os franceses, “influenciados por Pinel acreditavam que a alienação era causada principalmente por fatores de ordem moral, e que uma parte do tratamento deveria abarcar o trabalho e as atividades culturais” (Silveira, 2008, p. 169). Com a influência alemã na psiquiatria brasileira, isso foi sendo modificado, já que “nas concepções de Kraepelin há um declínio do valor do trabalho como um *recurso terapêutico*”, sendo que, para esse psiquiatra, o trabalho podia apenas impedir a piora do quadro do paciente, “visto que a ociosidade agravava e apressava o processo de decadência característico das últimas fases da ‘demência precoce’” (Silveira, N. *apud* Silveira, 2008, p 170). Dessa forma, “a perspectiva kraepeliniana do trabalho representa um declínio da importância curativa do mesmo em relação às concepções de Pinel e Esquirol” (Silveira, 2008, p. 169-170).

Isso não impediu, contudo, que o psiquiatra Lopes Rodrigues adotasse, em meados dos anos 20 do século XX, no Instituto Raul Soares, no estado de Minas Gerais, a ergoterapia como uma das principais modalidades de tratamento do louco, ao lado das, então em voga, práticas de balneoterapia (terapia por banhos quentes) e clinoterapia (terapêutica baseada em repouso prolongado do paciente) (Silveira, 2008). Esse psiquiatra, “após investir no sistema de serviço aberto, procurou aplicar ao tratamento dos doentes do Instituto Raul Soares as principais tendências da psiquiatria de seu tempo”, sendo a ergoterapia “a principal direção do seu tratamento” (Silveira, 2008, p. 171). Ou seja, embora Lopes Rodrigues adotasse outros métodos de tratamento do louco, “sua maior crença em termos de tratamento para o doente mental estava centrada na ergoterapia”. Isso, porque, como assinala Silveira, ele “argumentava que o paciente em repouso ficava restrito ao seu mundo mórbido e que as relações decorrentes de atividades poderiam combater o processo patológico ao qual o doente estava submetido” (Silveira, 2008, p. 172), sendo que essas relações poderiam fortalecer “[...] ‘habilidades psicológicas’ do doente mental” (Rodrigues *apud* Silveira, 2008, p. 178).

O que esse autor assinala é que, juntamente com as oficinas, Lopes Rodrigues investiu, também, em entretenimento e criação artística. Com o entretenimento, buscava-se tornar o ambiente do instituto mais agradável e, no caso da arte, não havia nenhuma função econômica, mas apenas terapêutica. Isso permite a Silveira avaliar que

essa posição de Rodrigues reforça nossa hipótese de que nem sempre havia uma intenção de aliviar os custos dos estabelecimentos por meio do trabalho dos insanos, mas de qualquer forma é importante entender isso dentro de uma perspectiva de tratamento e não de exploração ou exclusão social (Silveira, 2008, p. 184).

Além disso, é importante ressaltar que Lopes Rodrigues tinha como preocupação “também o aprendizado de um ofício para o doente melhorado que obtivesse alta do Instituto. A renda revertida pelos trabalhos nas oficinas era em parte devolvida ao doente” (Silveira, 2008, 187).

Com a mudança no cenário político mineiro, Lopes Rodrigues foi destituído do cargo de diretor do Instituto Raul Soares em setembro de 1930.

Conforme salientamos anteriormente, analogamente às práticas de Lopes Rodrigues, as experiências de Osório César, nos anos 1920, mas também as de Ulysses Pernambuco e Nise da Silveira anos mais tarde representam exceções quanto ao uso de atividades diversas, dentre elas a arte, como forma de tratamento dos pacientes psiquiátricos. Ulysses Pernambuco foi um dos primeiros a preconizar, na década de 30, em Recife, uma assistência ambulatorial ao louco, “introduzindo o interesse pelo conhecimento da psicologia e da sociologia, estudando o homem brasileiro (cultura afro-brasileira, condições de trabalho na agroindústria canavieira de Pernambuco)” (Medeiros *apud* Brescia, 2003, p. 47). Já os dois últimos direcionaram suas atividades para outras práticas que, embora pretendessem ir além da mera ocupação do tempo, tal como também propõe a ergoterapia, não tomavam o trabalho como eixo central de suas ações, motivo pelo qual não nos ocuparemos de sua discussão. Nosso interesse em trazê-la aqui é para enfatizar que, a essa época, algumas iniciativas de humanização no tratamento do louco eram pensadas.

Apesar dessas iniciativas, o que se observa, como forma predominante de tratamento dado ao louco no Brasil, durante a maior parte do século XX, é aquela marcada pela “violência indiscriminada, exclusão, tratamento indigno (...) revelando

nosso atraso científico em relação às experiências psiquiátricas em curso no mundo” (Brescia, 2003, p. 47). O golpe militar de 1964 só veio agravar essa situação, “quando, implicado em sua política privatista, o governo impulsionou o mercado psiquiátrico através de benefícios concedidos aos donos de hospitais” (*Idem*, p. 47). O que se assistiu no país, a partir daí, foi a expansão dos leitos psiquiátricos, propiciando o aparecimento de uma “verdadeira ‘indústria da loucura’ sustentada pelo dinheiro público, [que] foi instituída, disseminando a miséria da assistência psiquiátrica pelo país” (Brescia, 2003, p. 47-8).

Essa situação vai perdurar, até que, em finais dos anos 70, começam a ser percebidos, aqui no país, “os primeiros reflexos da reforma italiana (...) sendo tal mobilização atrelada à euforia política e das perspectivas democráticas”. Nesse contexto, surgem “fóruns de discussão em torno de novas propostas de atenção à saúde mental” (Brescia, 2003, p. 48), o que, aliado a outros fatores, culminou com a chamada Reforma Psiquiátrica. Nesse “processo de resgate da autonomia e da identidade do portador de sofrimento psíquico” (Santiago; Yasuí, 2011, p. 201), passaram a ser levados em consideração, aqui no Brasil, aspectos, como os espaços frequentados pelo louco, sua rede social e o tipo de trabalho que poderia realizar. Dessa forma, desde o advento da “Reforma”, compreende-se a necessidade de “projetos terapêuticos que privilegiem e potencializem o valor social e o sentido destes sujeitos, ao mesmo tempo em que articule família, comunidade e usuários dos dispositivos de saúde, em um processo de produção de saúde” (*Idem*, p. 201). E uma estratégia que passa a integrar esses projetos terapêuticos é representada pelas oficinas terapêuticas e de geração de renda, que têm, como base, as cooperativas sociais, sendo que o trabalho passa a ocupar um importante lugar no processo de reinserção do portador de sofrimento mental na sociedade.

Atualmente, as experiências são bem mais diversificadas e disseminadas no nosso território, sendo mais comuns as oficinas terapêuticas e as cooperativas sociais. Como assinalam Santiago e Yasuí (2011), “o Ministério da Saúde, a partir de sua atual Política Nacional de Saúde Mental, define as oficinas terapêuticas como sendo ‘(...) atividades grupais de socialização, expressão e inserção social’” (Brasil *apud* Santiago; Yasuí, 2011, p. 202), enquanto as Cooperativas Sociais “são constituídas ‘com a finalidade de inserir as pessoas em desvantagem no mercado de

trabalho econômico, por meio do trabalho” (Brasil *apud* Santiago; Yasuí, 2011, p. 202)¹⁵.

O que as discussões sobre a ergoterapia evocam é que, a despeito dos efeitos deletérios que certas formas de trabalho podem ter na saúde mental dos trabalhadores, dependendo da maneira como é estruturado, o trabalho pode se constituir de um importante recurso no tratamento da doença mental, o que implica reconhecê-lo como uma possível “fonte” de saúde. Esse aspecto aparece como fundamental na compreensão do alcance de seu uso no tratamento oferecido a pacientes, como ocorreu em alguns casos que investigamos em nossa pesquisa. Portanto, interessa-nos, aqui, sobretudo, discutir sobre essa dimensão, a saber, os aspectos do trabalho que dizem respeito às suas possibilidades como fonte de saúde, questão sobre a qual nos debruçaremos a seguir.

1.4.4 – O trabalho como fonte de saúde mental

É possível que o aspecto mais importante a ser tratado aqui concerne aos elementos do trabalho que permitem que ele seja percebido como recurso terapêutico. A partir desse pressuposto, será feita uma reflexão sobre as condições necessárias para que faça valer essa “propriedade”, já que esse aspecto se evidenciou na nossa pesquisa, permitindo-nos reconhecer, nessa categoria, um fator importante na condução e evolução de alguns casos. Assim, o que as experiências em Ergoterapia sugerem é que o trabalho pode se constituir numa importante fonte de saúde mental, sendo que cada teórico explica, à sua maneira, o que isso significa.

Para Sivadon (1993), por exemplo, “o valor terapêutico do trabalho estaria no fato de que, *ao modificar o objeto, (o sujeito) modifica-se a si mesmo e procura, então, um meio mais resistente que possa afrontar e tentar modificar*”. Dessa forma, “a ação terapêutica [do trabalho] estaria *nessa resolução de tensões sucessivas nas*

¹⁵ Por pessoas em desvantagem entende-se, aqui, “os deficientes psíquicos e mentais, as pessoas dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente, egresso dos hospitais psiquiátricos entre outros” (Brasil *apud* Santiago; Yasuí, 2011, p. 202).

relações do sujeito com o mundo material e social” (Billiard *apud* Lima; Brescia, 2002, p. 360). Nos termos do próprio Sivadon,

o trabalho é um comportamento que só aparece a partir de um certo nível de maturação de personalidade e que realiza um modo de contato e de trocas com o mundo exterior e que visa modificá-lo e se adaptar a ele. Ele sucede insensivelmente ao jogo, do qual preserva às vezes por muito tempo certas características e só se toma uma necessidade na medida em que um início de personalização separa o indivíduo do meio nutritivo primitivo (a mãe ou seus substitutos) e o opõe a um meio estranho que deve ser assimilado. Trabalho e independência pessoal estão associados (Sivadon, 1993, p. 171).

Assim sendo, adaptando-se o trabalho ao nível de maturidade psíquica do sujeito e complexificando-se, pouco a pouco, as atividades, haveria a possibilidade de se “chegar a um certo nível de profissionalização ou de especialização, permitindo ao paciente uma reinserção social” (Lima; Brescia, 2002, p. 359). A proposta do autor previa “um acompanhamento terapêutico e, assim, permitir a retomada, em condições favoráveis, de uma assistência social mais independente e, na medida do possível, de uma vida profissional” (Lima; Brescia, 2002, p. 359).

Para Tosquelles, é justamente o trabalho “que permite distinguir o homem do animal, sendo que jamais trabalhamos sozinhos, uma vez que tudo o que fazemos é sempre ‘para os outros e com os outros’” (Lima, 2011, p. 234). É nessa dimensão da solidariedade que reside o potencial terapêutico do trabalho, sendo por meio dele “que todos os verdadeiros trabalhadores descobrem [que essa solidariedade se trata] de uma problemática e de um produto intrínseco ao trabalho, tendo efeitos retroativos sobre sua própria fonte” (Tosquelles *apud* Lima, 2011, p. 234).

Na avaliação de Clot (*apud* Lima, 2011), a ergoterapia em Tosquelles se torna “uma ferramenta de modificação do campo operacional de todo o hospital, o qual é também para os pacientes um artifício salvador”, permitindo-lhe concluir que “a atividade terapêutica só assume seu valor de figura pela sua participação no fundo constituída pelo conjunto das atividades da instituição” (p. 236). O que é importante destacar, aqui, é que, em Tosquelles, temos a atividade como uma “construção de um mundo onde o sujeito pode fazer a experiência do real naquilo que ele possui de desconhecido e de inesperado” (Clot *apud* Lima, 2011, p. 235).

Le Guillant, por sua vez, reconhece que, embora o trabalho, sendo realizado em condições adversas, contenha um potencial patogênico (aliás, grande parte dos seus esforços foi dedicada aos estudos de psicopatologia do trabalho), é na sua

própria estrutura que podemos encontrar o seu revés, a saber, o seu potencial de cura, ou, para ser mais preciso, a fonte de saúde, ainda que ele não formule a questão precisamente nesses termos. Contudo, para ser terapêutico, o trabalho precisa se aproximar o máximo possível das situações reais, dando-se destaque à remuneração pelos produtos fabricados pelos pacientes.

Se bem que Clot (2006) não se coloque no âmbito da ergoterapia, decidimos trazer algumas das suas contribuições, especialmente quando busca “testar a hipótese de uma função psicológica do trabalho no desenvolvimento do sujeito” (p. 55). Essa função psicológica residiria no seguinte fato: ainda que o sujeito se dirija “ao trabalho com suas ‘pré-ocupações’, é ‘sobre-ocupado’ pela atividade de outrem que ele se dedica à sua função, quer queira ou não” (Clot, 2006, p. 68-9). Ou seja, a atividade de trabalho implica uma ruptura “entre as ‘pré-ocupações’ pessoais do sujeito e as ‘ocupações’ sociais que este deve realizar” (*idem*, p. 69). Mais que uma mera resposta automática às exigências do meio para a satisfação das necessidades humanas,

o trabalho é uma atividade forçada. Não é mais a simples resposta do organismo às excitações do momento, nem a do sujeito às solicitações do instinto. Seu objeto permanece estranho a nossas necessidades, ao menos às imediatas, e consiste na realização de tarefas que não se harmonizam necessariamente com o jogo espontâneo das funções físicas ou mentais (Wallon *apud* Clot, 2006, p. 69).

Assim sendo, o autor considera o trabalho como algo “antinatural”, justamente por ser uma atividade “estranha” aos homens, no sentido de ser “forçada e contínua”, mas que é, também, “criadora de objetos que têm uma utilidade e ligada a motivos que refletem o equilíbrio econômico e moral de um grupo em determinada época” (Meyerson *apud* Clot, 2006, p. 69). Conforme assinala Rolle, citado por Clot (2006), o trabalho é “uma atividade forçada, orientada e regulada a partir do exterior” (Rolle *apud* Clot, 2006, p. 69), sendo, pois, “uma atividade disciplinada, submetida a restrições da matéria e do meio humano” (Meyerson *apud* Clot, 2006, p. 69). Consequentemente, pode ser entendido como “a atividade mais humana que existe” (Bruner *apud* Clot, 2006, p. 69), tendo “algo de impessoal que assegura a constância de sua função social para além dos indivíduos que a ocupam” (Rolle *apud* Clot, 2006, p. 69). Como assinala Clot,

o trabalho é sem dúvida um dos gêneros principais da vida social em seu conjunto, um gênero de situação do qual uma sociedade dificilmente pode abstrair-se sem comprometer sua perenidade; e da qual um sujeito dificilmente pode afastar-se sem perder o sentimento de utilidade social a ele vinculado, sentimento vital de contribuir para essa perenidade, em nível pessoal (Clot, 2006, p. 69).

Não estaríamos, aqui, diante de um aspecto importante para compreendermos os efeitos “terapêuticos” do trabalho para os pacientes psiquiátricos? No nosso entender, diante de uma atividade de trabalho, esses pacientes se veem forçados a “abandonar” seu “mundo mórbido” e a se dedicarem a tarefas entranhas a si mesmos, dado que são impostas “de fora”, mas que, justamente por isso, podem lhes possibilitar o desenvolvimento e o sentimento de utilidade. Para Clot (2006), “o que constitui a função psicológica do trabalho é, paradoxalmente, ser um objeto estranho a nossas necessidades imediatas que não se harmoniza de modo direto com nossa atividade” (Clot, 2006, p. 70). Assim, o trabalho aparece como

a capacidade de realizar algo útil, de estabelecer engajamentos, de prever. Aspectos individuais em primeiro lugar, depois, cada vez mais, aspectos sociopessoais. O indivíduo é e se torna cada vez mais para os outros, primeiro na prática, em seguida institucionalmente (Meyerson *apud* Clot, 2006, p. 72).

Dessa forma, na formulação de Clot, o trabalho é, em termos ainda mais precisos, “a capacidade de realizar coisas úteis, de estabelecer e manter engajamentos, de prever com outros e para outros algo que não tem diretamente vínculo consigo” (Clot, 2006, p. 73). E é justamente devido a esse “caráter impessoal, não imediatamente ‘interessado’”, que “oferece fora de si uma eventual auto-realização” (Clot, 2006, p. 74). Como assinala Clot,

o trabalho é demarcação consigo mesmo, inscrição numa outra história: uma história coletiva cristalizada em gêneros sociais em geral suficientemente equívocos e discordantes para que cada um deva “dar sua própria contribuição” e sair de si (Clot, 2006, p. 74).

Mas, nesse processo, o sujeito deve consentir em “empregar-se a si mesmo” na realização das obrigações impostas pelo trabalho.

Esse consentimento, que não deve ser confundido com uma renúncia a si, mas visto antes como a adoção pelo sujeito de um dado perfil simbólico, assinala sua inscrição entre seus

semelhantes, no encadeamento das gerações por intermédio de obras a buscar (Clot, 2006, p. 75).

Essas obras, como enfatiza Clot, é que “dão ‘fundamento’ ao sujeito”, sendo, por isso, que adverte a respeito do “impacto psíquico patogênico de todas as situações sociais de desocupação” (Clot, 2006, p. 75). Como ressalta o autor, “o desemprego, num dado sentido, separa o sujeito do homem ao proibir-lhe desempenhar seu papel na renovação e na transmissão do patrimônio das gerações, privando de endereçamento e de destinatário sua atividade subjetiva”. Desse modo, o sujeito vê-se impossibilitado “de cumprir deveres graças aos quais ele pode assegurar-se de que não é supérfluo” (Clot, 2006, p. 75). Não poderíamos incluir aí os pacientes psiquiátricos, quando privados do trabalho?

Talvez resida aí a explicação para o fato de Le Guillant (2006) se esforçar tanto no sentido de aproximar as oficinas terapêuticas da realidade social. Seja como for, essas reflexões colocam o trabalho como uma categoria central na compreensão dos fenômenos humanos e, no nosso caso específico, do processo saúde-doença mental, aspectos que pretendemos tratar a partir de agora.

1.5 – O trabalho na gênese e desenvolvimento do ser social

Fortes (2001), ao fazer uma análise da categoria trabalho na obra de Lukács, assinala que, para esse filósofo, “o trabalho se revela como o ponto de partida da humanização do homem, base sobre a qual se funda a explicitação sempre crescente daquelas categorias que definem a peculiaridade ontológica típica do seu modo específico de ser” (Fortes, 2001, p. 75). Se, de um lado, categorias, como o próprio “trabalho, a linguagem, a cooperação e a divisão do trabalho” são decisivas na compreensão do homem e não podem ser consideradas isoladamente, por outro lado, cabe-nos perguntar, como Lukács: “Por quê, ao tratar desse complexo [concreto da sociabilidade como forma de ser], colocamos o acento exatamente no trabalho e lhe atribuímos um lugar tão privilegiado no processo e no salto da gênese do ser social” (Lukács, 2013, p. 43-4). É o próprio Lukács que nos dá a resposta a

essa questão: “É mais simples do que possa parecer à primeira vista: todas as outras categorias dessa forma de ser têm já, em essência, um caráter puramente social; suas propriedades e seus modos de operar somente se desdobram no ser social já constituído” (p. 44). Desse modo, o trabalho é a categoria que não pressupõe o salto já dado da animalidade à humanidade propriamente dita; antes disso, é ele que vai permitir que esse salto seja dado, por servir de mediação entre o homem e a natureza. Assim sendo,

somente o trabalho tem, como sua essência ontológica, um claro caráter de transição: ele é, essencialmente, uma inter-relação entre homem (sociedade) e natureza, tanto inorgânica (ferramenta, matéria-prima, objeto do trabalho etc.) como orgânica, (...), mas antes de tudo assinala a transição, no homem que trabalha, do ser meramente biológico ao ser social (Lukács, 2013, p. 44).

É a partir do trabalho, portanto, que o homem se distancia da animalidade e caminha na direção da sua “hominização”. Isto é: “com ele [trabalho] inicia-se o processo de superação da naturalidade e tem curso o desenvolvimento e refinamento das faculdades propriamente humanas” (Fortes, 2001, 75).

Isso não quer dizer, contudo, que o ser social prescindia, para existir, dos elementos das esferas inorgânica e orgânica. Na verdade, “deve-se considerar também que o trabalho ocupa um lugar privilegiado na compreensão dos processos humanos com outras esferas do ser, pois revela de modo direto o vínculo ineliminável do (...) desenvolvimento do ser social com a natureza” (Fortes, 2001, p. 36). Logo, como bem assinala Fortes, a “humanização ou socialização do homem não pode nem poderá mais prescindir das esferas do ser orgânico e inorgânico”, já que a “formação de si e de seu mundo ocorre ineliminavelmente sobre a base de sua relação ativa com a natureza” (Fortes, 2001, p. 36).

Ademais, é fundamental assinalar que, se nos animais a atividade está indissociavelmente ligada à sobrevivência e, portanto, é diretamente determinada pela natureza, no homem, ela “não é uma determininidade com a qual ele conflua imediatamente” (Marx, 1984, p. 156). Ou seja, nos dizeres do próprio Marx, “o animal é imediatamente um com a sua atividade vital. Não se distingue dela. É *ela*”. Já “o homem faz da sua atividade vital mesma um objeto do seu querer e da sua consciência. Tem atividade vital consciente” (*Idem*, p. 156). Isso significa que o

homem não apenas necessita satisfazer suas necessidades, tal como o animal, mas ele *sabe* que necessita satisfazê-las. Como esclarece Chasin,

a diferença em relação a qualquer outro animal, é que, ao mesmo tempo que ele [homem] tem a carência, a necessidade, ele sabe que tem a necessidade. Ou seja, na mais elementar rusticidade dos tempos mais recuados, ele sabe que precisa, ele sabe que tem fome; ele não sente a fome, baixa a cabeça e sai fuçando; ele sabe que tem fome; ele pode identificar, sentir a um dado momento, que ele relaciona a resolução deste 'sentimento' com a ingestão de alguma coisa apropriada; nenhum outro animal sabe. É quando, não só ele [homem] sabe que sente fome, que precisa de algo externo a ele para se alimentar e sobreviver - e ser, portanto - mas ele começa a produzir os seus meios de subsistência; aí está a diferenciação (Chasin, 1984, s/p).

Aqui, “a ênfase recai no caráter prático do homem, que transforma a natureza como resposta às suas necessidades. Tal atitude corresponde à capacidade de efetuar generalizações, de transformar em perguntas seus carecimentos e as possibilidades de satisfazê-los” (Fortes, 2001, p. 75-6). Não se trata apenas de sentir a necessidade e buscar satisfazê-la, mas de fazer com que essa necessidade seja colocada na forma de uma pergunta que demanda uma resposta. E, nesse processo, como esclarece Lukács, “não apenas a resposta, mas também a pergunta é um produto imediato da consciência que guia a atividade; todavia, isso não anula o fato de que o ato de responder é o elemento ontologicamente primário nesse complexo dinâmico” (Lukács, 1978, p. 5). Lukács esclarece, ainda, que o homem que trabalha – animal que se fez homem por meio do trabalho – pode ser designado como um ser que dá respostas.

Nesse sentido, uma dimensão essencial do trabalho humano é a consciência: “a consciência é o elemento distintivo do ser humano em relação a todos os outros seres” (Chasin, 1994, s/p).

Já é sobejamente discutida a distinção existente entre trabalho humano e atividade animal. Vale insistir, no entanto, em um aspecto essencial dessa distinção: o caráter teleológico do trabalho humano. Lukács assegura que, “a teleologia, em sua essência, é uma categoria posta: todo processo teleológico implica um pôr de um fim e, portanto, numa consciência que põe fins” (Lukács, 2013, p. 48). Dessa forma,

o momento essencialmente separatório [entre o homem e o animal] é constituído não pela fabricação de produtos, mas pelo papel da consciência, a qual, precisamente aqui, deixa de ser mero epifenômeno da reprodução biológica: o produto, diz Marx, é um resultado que no

início do processo existia “já na representação do trabalhador”, isto é, de modo ideal (Lukács, 1978, p. 4).

Em outros termos, “com o ato de pôr, a consciência dá início a um processo real, exatamente ao processo teleológico. Assim, o pôr tem, nesse caso, um caráter irrevogavelmente ontológico” (Lukács, 2013, p. 48).

Mas isso não significa que essa consciência seja um atributo *a priori* do ser social.

Quando se faz referência à prática humana como “pôr teleológico”, significa dizer que a consciência se funda e se desenvolve no interior do complexo do trabalho. Não seria, pois, possível conceber a consciência como elemento exclusivo definidor da essencialidade humana, já que o seu processo genético e de desenvolvimento pressupõe sempre a existência simultânea desses momentos no interior do trabalho (Fortes, 2001, p. 45).

Ainda que Lukács reconheça que, para Marx, “qualquer trabalho seria impossível se ele não fosse precedido por tal pôr, que determina o processo em todas as suas etapas” (p. 51), isso não significa que ele seja limitado a essa dimensão. Há que se levar em consideração, também, a própria materialidade, ou, para ser mais preciso, a causalidade, que condiciona e estabelece os limites e as possibilidades desse pôr. Segundo Lukács, “a história da filosofia nos mostra que lutas espirituais se travaram entre causalidade e teleologia como fundamentos categoriais da realidade e dos seus movimentos” (*Idem*, p. 52), sendo possível perceber perspectivas em que ora se enfatiza excessivamente a teleologia, mas concebida de maneira a-histórica, abstrata e universalizante, ora a ênfase é dada quase que exclusivamente à causalidade, como o fez o materialismo pré-marxista. “Como em Marx, a teleologia é reconhecida como categoria realmente operante apenas no trabalho, tem-se inevitavelmente uma coexistência concreta, real e necessária entre causalidade e teleologia” (Lukács, 2013, p. 52). Longe de negligenciar a diferença entre essas duas categorias, mas também não pressupondo uma inconciliabilidade entre ambas, o que Lukács afirma é que, em Marx,

sem dúvida, estas permanecem opostas, mas apenas no interior de um processo real unitário, cuja mobilidade é fundada na interação desses opostos e que, para tornar real essa interação, age de tal modo que a causalidade, sem ver atingida a sua essência, também se torna posta (Lukács. 2013, p. 52).

Como assinala Fortes, “a novidade proveniente da atividade humana não é de modo algum a transformação dos atributos naturais, mas sim a descoberta de *possibilidades iminentes* nos elementos naturais, que seriam irrealizáveis sem a atuação humana” (Fortes, 2001, p. 57).

Além disso, Lukács supera o dualismo homem X natureza, ao demonstrar o vínculo ineliminável que existe entre essas duas esferas, conforme já dissemos anteriormente. Assim, como sintetiza Fortes,

do lado da natureza temos a causalidade enquanto princípio necessário e intransponível, do lado do homem, a vontade e a capacidade humanas de apreender idealmente a malha causal da natureza e elaborar a possibilidade de transformação da natureza em conformidade a suas carências e finalidades (Fortes, 2001, p. 44).

Para o filósofo húngaro, não se trata de uma subordinação à natureza pura e simplesmente, mas de uma natureza “hominizada”, já que “o homem só pode pôr aqueles fins cujos meios adequados à sua efetivação domina de fato”, tratando-se, portanto, “de um desenvolvimento social, isto é, daquele complexo que Marx chama de metabolismo do homem, da sociedade, com a natureza, no qual não há dúvida que o momento social não pode deixar de ser o momento predominante” (Lukács, 2013, p. 58).

O essencial a ser lembrado, aqui, consiste nessa concepção de trabalho oferecida por Lukács, na qual se encontra a possibilidade de se entender que, “com ele surge na ontologia do ser social uma categoria qualitativamente nova com relação às precedentes formas do ser, tanto inorgânico como orgânico” (Lukács, 2013, p. 61). É por essa razão que podemos dizer que o trabalho é a categoria *fundante* do ser social. Nas palavras de Lukács, “é precisamente a teoria marxiana, segundo a qual o trabalho é a única forma existente de um ente teleologicamente produzido, que funda, pela primeira vez, a peculiaridade do ser social” (Lukács, 2013, p. 61).

Se, por meio do trabalho, o sujeito opera a transformação de objetos naturais, cabe-nos assinalar que, nesse mesmo processo, transformações também são observadas em quem trabalha. “Essa transformação do sujeito que trabalha – autêntico devir homem do homem – é a consequência ontológica necessária do objetivo ser-propriadamente-assim do trabalho” (Lukács, 2013, p. 79). Como pondera Fortes (2001),

a estrutura do trabalho retroage sobre o próprio sujeito que trabalha e promove o aprimoramento de suas faculdades e desenvolve atributos especificamente humanos. Destreza, atenção, aperfeiçoamento e complexificação dos espelhamentos de nexos causais, etc., são características que surgem como uma necessidade primária no interior da atividade humana diretamente relacionada com a natureza. Assim, simultaneamente ao processo de transformação da natureza tem lugar um processo de autoformação do próprio sujeito que trabalha (Fortes, 2001, p. 76-7).

Dessa forma, ao tentar responder às questões suscitadas pela sua relação com o mundo, o homem põe em movimento suas faculdades para transformar a natureza e, nesse ato, acaba por transformar também a si mesmo.

Um aspecto de fundamental importância para se compreender esse processo diz respeito à gênese da consciência e seus desdobramentos ulteriores. Como dito acima e conforme enfatizado por Lukács, “o trabalho modifica forçosamente também a natureza do homem que o realiza” e, para ele, “a direção que assume esse processo de transformação está dada espontaneamente pelo pôr teleológico e pela sua realização prática” (Lukács, 2013, p. 129). Nesse processo, “a questão central da transformação interna do homem consiste em chegar a um domínio consciente sobre si mesmo” (*Idem*, p. 129). Trata-se de uma exigência prática colocada pela própria situação de trabalho, já que, como dissemos, para se obter o melhor resultado possível, o homem precisa planejar, avaliar, corrigir de maneira consciente suas ações e planos, o que pressupõe um domínio sobre seu próprio corpo. Assim,

Esse domínio da consciência do homem sobre o seu próprio corpo, que também se estende a uma parte da esfera da consciência, aos hábitos, aos instintos, aos afetos, é uma exigência elementar do trabalho mais primitivo e deve, pois, marcar profundamente as representações que o homem faz de si mesmo, uma vez que exige, para consigo mesmo, uma relação qualitativamente diferente, inteiramente heterogênea daquela que corresponde à condição animal, e uma vez que tais exigências são postas por todo tipo de trabalho (Lukács, 2013, p. 129).

Em suma, para o autor, o homem, pelo ato de trabalhar, desperta em si possibilidades que existiam apenas em estado latente. Nas suas palavras, “o movimento da transformação do sujeito que trabalha (...) é um despertar sistemático de possibilidades, que até então apenas dominam no homem como possibilidades”. Se num momento inicial, no trabalho, são poucos os movimentos realizados pelo homem, “somente mediante o trabalho esses movimentos se transformam de meras possibilidades em habilidades que, num desenvolvimento contínuo, permitem que

possibilidades sempre novas amadureçam no homem até converterem-se em realidades” (Lukács, 2013, p. 146).

Conceber dessa forma o lugar do trabalho na compreensão dos fenômenos humanos tem decorrências significativas para se pensar, não apenas a gênese do ser social, mas também o próprio desenvolvimento de cada indivíduo na sua particularidade. Partindo, portanto, da constatação dos efeitos que o trabalho tem naquele que o executa, em que há “a necessidade de seu domínio sobre si mesmo, a luta constante contra os próprios instintos, afetos etc.”, por meio de uma luta que se apunha à sua própria constituição natural – pondera Lukács – é que o homem se tornou homem. Por isso lhe é permitido afirmar que “o seu desenvolvimento ulterior, o seu aperfeiçoamento, só pode seguir se realizando por esse caminho e com esses meios” (Lukács, 2013, p. 155).

Mas, além do desenvolvimento individual, “independentemente da consciência que o executor do trabalho tenha, ele, nesse processo, produz a si mesmo como membro do gênero humano e, desse modo, o próprio gênero humano” (Lukács, 2013, p. 155). Como bem ilustra Lessa,

ao transformar a natureza, o indivíduo e a sociedade também se transformam. A construção de uma lança possibilita que, no plano da reprodução do indivíduo, este acumule conhecimentos e habilidades que não possuía antes; ou seja, após a lança, o indivíduo já não é mais o mesmo de antes. Analogamente, uma sociedade que conhece a lança possui possibilidades e necessidades que não possuía antes; ela também já não é mais a mesma (Lessa, 2001, p. 95).

Dessa forma, a cada processo de objetivação, ou seja, a cada transformação da realidade, há, necessariamente,

uma nova situação sócio-histórica, de tal modo que os indivíduos são forçados a novas respostas que devem dar conta da satisfação das novas necessidades a partir das novas possibilidades. Por isso, a história humana jamais se repete: a reprodução social é sempre e necessariamente a produção do novo (Lessa, 2001, p. 95).

A forma como o trabalho é concebido com base nas reflexões acima implica reconhecê-lo como categoria central na compreensão dos fenômenos humanos, em geral, incluindo, aí, os processos saúde/doença, tema central desta tese. Isto significa dizer que o “trabalho deve ser entendido como ‘o ponto de partida de toda tentativa de se compreender o homem, (pois) é ele que funda, produz e reproduz o

ser social sempre como um outro” (Chasin *apud* CREPOP, 2008; p. 44). Como assinala Lukács (2013),

para expor em termos ontológicos as categorias específicas do ser social, seu desenvolvimento a partir das formas precedentes, sua articulação com estas, sua fundamentação nelas, sua distinção em relação a elas, é preciso começar essa tentativa com a análise do trabalho (Lukács, 2013, p. 41).

1.6 – O trabalho nos processos saúde-doença: o singular e o coletivo

O campo da Saúde Mental e Trabalho se caracteriza por estar na fronteira entre outros dois campos, a Saúde do Trabalhador e a Saúde Mental, tangenciando-os, mas nem por isso confundindo-se com eles. Nesse sentido, os problemas que ali se apresentam desafiam a cada um deles, tanto no que diz respeito à sua compreensão, como quanto à forma de solucioná-los, já que, no interior de cada campo, tomado isoladamente, esses problemas ainda não são devidamente tratados. Assim, se a Saúde do Trabalhador se configura como um campo ligado à Saúde Coletiva, o que pode implicar uma dificuldade em compreender o processo de singularização da doença, a Saúde Mental pode se deparar com uma dificuldade oposta, ao limitar-se aos casos individuais, desconsiderando (ou minimizando) a dimensão coletiva do adoecimento. Assim, faz-se necessária uma incursão sobre o tema, dando início à questão da singularidade no campo da Saúde Coletiva.

Principiemos nossa discussão assinalando que a Saúde do Trabalhador, no Brasil, inspira-se na Medicina Social de base latino-americana, com forte viés marxista. Como esclarece Lacaz (2007), ao buscar compreender o processo saúde-doença,

a Medicina Social Latino-Americana apreende-o através do processo de trabalho, categoria explicativa que se inscreve nas relações sociais de produção estabelecidas entre capital e trabalho. E, conforme a acepção marxista, aqui o trabalho é, ontologicamente, a ação do homem sobre a natureza para modificá-la e transformá-la e a si mesmo não sendo, portanto, externa ao homem. Tal ação vai ocorrer sobre o objeto de trabalho, mediante os instrumentos de trabalho, configurando o próprio trabalho e suas diferentes formas de organização, divisão, valorização, características de cada formação social e modo de produção, o que imprime um caráter histórico ao estudo das relações trabalho-saúde e, conseqüentemente, do adoecimento pelo trabalho (Lacaz, 2007, p. 759).

Nessa perspectiva, destaque deve ser dado a Laurell e Noriega (1989), que, ao analisarem as produções teóricas no campo da saúde relacionada ao trabalho até o final da década de 80, irão constatar várias lacunas existentes, sobretudo no que eles denominam de medicina dominante, em que a saúde é vista “como um simples indicador do impacto do trabalho sobre os trabalhadores” (Laurell; Noriega, 1989, p. 99), numa concepção a-histórica dos processos biológicos humanos. Nesse caso, a saúde apareceria mais como indicador de equilíbrio fisiológico e nervoso. Com isso, as causas da perturbação desse suposto equilíbrio são consideradas como decorrentes de elementos individuais. Assim, aquilo que afeta a produção é visto como enfermidade, que é considerada numa relação de causa e efeito direta. Esse modelo médico utiliza uma visão instrumentalista do processo saúde-doença e implica reduções sucessivas do objeto de estudo particular, delimitando componentes cada vez menos complexos e estudando-os isoladamente (Laurell; Noriega, 1989).

Contra-pondo-se a tal modelo, os autores colocam a “necessidade de entender a saúde-doença não somente como um processo biopsíquico, mas, antes de tudo como um processo social” (*Idem*, p. 100). Conseqüentemente, o processo corporeamente, ou, nos termos dos próprios autores, o nexos biopsíquico deve ser considerado na sua relação com o contexto histórico específico onde se dão as relações humanas. Dessa forma,

a exploração do nexos biopsíquico humano historicamente específico requer necessariamente a construção de um novo objeto de conhecimento, dado que este nexos não é passível de ser pensado nem estudado da perspectiva do objeto “saúde-doença”, estabelecido pela medicina dominante, e menos ainda da perspectiva do objeto “doença” (Laurell; Noriega, 1989, p. 100).

Uma primeira questão decorrente dessa forma de conceber o nexos biopsíquico humano consiste em compreender como “a biologia humana adquire historicidade” (*Idem*, p. 101). Para responder a ela, Laurell e Noriega (1989) recorrem à noção de “estereótipos de adaptação”, adaptação aqui entendida, não como um retorno a um suposto estado de equilíbrio, mas à forma como o ser humano incorpora os elementos do seu meio, modificando sua própria forma de funcionamento. Trata-se, assim, da “capacidade que o corpo tem de responder com plasticidade diante de suas condições específicas de desenvolvimento, o que se traduz em mudanças específicas nos processos corporais, que se expressam como

formas biológicas características” (Laurell; Noriega, 1989, p. 101). Se bem que a adaptação se dê no nível individual, não escapa a Laurell e Noriega (1989) o fato de que

seja precisamente a abordagem epidemiológica, isto é, o estudo dos grupos humanos, a que consegue revelar [os processos de adaptação], dado que confirma uma vez mais que é neles que se manifesta mais claramente o nexu biopsíquico historicamente específico (Laurell; Noriega, 1989, p. 102).

Em suma, como evidenciam esses autores, “o fato de os processos de adaptação se darem nos indivíduos não obsta que as condições que os produzem sejam sociais” (*idem*, p. 102), já que esses processos de adaptação são respostas às formas como os homens se organizam coletivamente para transformarem a natureza. Tal perspectiva leva à necessidade de incorporar à discussão a forma assumida pelo trabalho dentro de um determinado modo de produção e, em consequência disso, uma análise do processo de produção capitalista passa a ser fundamental, se se pretende compreender as formas de adoecimento nos tempos atuais.

Nesse contexto, o uso da tecnologia se subordina à lógica da produção de mais-valia, sendo o processo de trabalho resultante das decisões necessárias para obtê-la, o que resultará em elementos presentes no trabalho que estarão na base da compreensão do adoecimento dos trabalhadores. Ou melhor: não se trata simplesmente de “riscos”, categoria considerada por Laurell e Noriega (1989) como insuficiente para explicar o adoecimento, já que se baseia em um esquema monocausal e diz respeito aos “elementos isolados entre si e isolados da dinâmica global do processo de trabalho” (*idem*, p. 110). Eles propõem, então, o conceito de “cargas de trabalho”, que dizem respeito aos elementos presentes no trabalho que “interatuam dinamicamente entre si e com o corpo do trabalhador, gerando processos de adaptação traduzidos em desgaste”, este sendo definido como “perda, potencial e/ou efetiva, psíquica e corpórea” (Laurell; Noriega, 1989, p. 110). Em consequência disso, “é necessário considerar o desgaste juntamente com os processos reprodutivos – de reposição e desenvolvimento da capacidade biopsíquica –, principalmente determinados pelas características do momento reprodutivo nas sociedades capitalistas” (*Idem*, p. 116). Assim, a combinação entre, de um lado as formas de desgaste, e de outro as possibilidade de reprodução e

desenvolvimento é que determinará “a geração de uma constelação característica de doenças particulares, conhecida como o perfil patológico de um grupo social” (Laurell; Noriega, 1989, p. 116).

Ainda de acordo com os autores, uma investigação no campo da saúde dos trabalhadores deve levar em consideração o fato de que “a construção teórica da relação entre processo de valorização, processo de trabalho, cargas de trabalho e processo de desgaste confere certa capacidade de predição com relação ao que caracteriza o padrão de desgaste de um determinado grupo de trabalhadores” (Laurell; Noriega, 1989, p. 117)

Eles conseguem reunir, em grande medida, os elementos necessários à compreensão do processo saúde-doença, incorporando na discussão os fatores ligados à dinâmica social, que têm o trabalho como eixo organizador da sociabilidade. Como bem assinalam,

vale dizer, dado que as cargas de trabalho e, portanto, o padrão de desgaste de um grupo de trabalhadores determinado, tem origem na maneira específica como se articulam a base técnica e a organização e divisão do trabalho, é possível decantar as particularidades de cada processo de trabalho concreto e extrair as características gerais das cargas e do desgaste das diferentes etapas e subetapas típicas do processo de produção capitalista (Laurell; Noriega, 1989, p. 117-8).

No entanto, se, de um lado, observamos inegáveis avanços na concepção de saúde/doença, tal como proposta por Laurell e Noriega (1989) ao incorporarem a dimensão do processo de produção como fundamental na compreensão dos padrões de desgaste identificados nos trabalhadores, podemos encontrar, por outro lado, nessa mesma perspectiva, alguns limites que precisam ser elucidados.

Um primeiro aspecto a ser considerado diz respeito ao conceito de “cargas de trabalho”, tal como indicamos anteriormente. Como constatam González e outros (2010), as contribuições de Laurell e Noriega estão relacionadas à ênfase dada ao “caráter histórico do processo saúde-doença, assim como na categoria de desgaste ou consumo da força de trabalho dos produtores diretos como termo central que possibilita a formulação de perfis patológicos segundo as distintas formas de desgaste dos trabalhadores” (González *et al*, 2010, p. 71). Apesar de reconhecerem os acertos dessa proposta, essas autoras apresentam a ressalva de “que esta posição conserva uma visão determinista do processo saúde-doença e exclui aspectos como a cultura e a constituição subjetiva das classes sociais” (González *et*

al, 2010, p. 71). Caberá, no entender dessas autoras, a Jaime Breilh a problematização dessa perspectiva, já que, para esse teórico,

o processo saúde-doença pode ser estudado através do que chamou “o perfil epidemiológico de classe” fundamentado a partir do conceito de reprodução social, ao qual tem incorporado as categorias de etnia e gênero, as quais, junto com a de classe social, permitem explicar como se estruturam as relações de poder das quais depende a distribuição epidemiológica (González *et al.*, 2010, p. 71).

A partir disso, Breilh, citado por Santos (2007), irá criticar, em nosso entender de maneira pertinente, a noção de cargas, assinalando que não apenas aspectos desfavoráveis, mas também elementos favoráveis à saúde estão presentes no trabalho, sendo que “para ele, os aspectos benéficos e os lados destrutivos coexistem e operam de modos distintos, de acordo com o momento histórico e a classe social envolvida no trabalho” (Santos, 2007, p. 40). Essas ideias aparecem apenas de maneira tímida e pouco desenvolvida em Laurell e Noriega (1989). Dessa forma, Breilh irá trabalhar com outras noções, como a “que denomina *processos destrutivos e construtores* na consideração de que, a despeito do caráter alienado e explorado do trabalho sob o modo capitalista de produção, o trabalho comporta a possibilidade de aperfeiçoamento biopsíquico” (Queiroz; Salum *apud* Santos, 2007, p. 40).

Outra dificuldade encontrada na proposta de Laurell e Noriega (1989) diz respeito ao processo de singularização da doença. Ela não nos permite compreender, por exemplo, o fato de que, submetidos às mesmas condições e organização do trabalho, alguns trabalhadores adoecem e outros não. Para responder a essa questão, valemo-nos aqui das contribuições de Lima e Lima (1998), quando, ao realizarem uma reflexão sobre o tema, concluem que, nas investigações próprias da Medicina Social, “a ênfase continua recaindo quase exclusivamente nos processos de saúde-doença coletiva, cuja compreensão teórica fica limitada aos processos sociais mais gerais” (Lima; Lima, 1998, p. 25).

De fato, constatamos, em Laurell e Noriega (1989), essa ênfase quase exclusiva nas dimensões sociais do processo saúde-doença, quando afirmam que, já que o “ambiente” em que vivemos é, antes de tudo, social, “decorre daí que os ‘modos de andar a vida’ sejam característicos das coletividades e não dos indivíduos”. Dessa forma, concluem que os “casos individuais não podem ser a base

sobre a qual se constrói uma concepção do nexó biopsíquico humano” (*idem*, p. 102). E, um pouco mais adiante, são categóricos ao afirmar que “enquanto os estereótipos de adaptação caracterizam as coletividades humanas, é nestas que podemos estudar o nexó biopsíquico historicamente específico, e não nos indivíduos isolados” (Laurell; Noriega, 1989, p. 103). Esses autores não deixam margem a dúvidas quando enfatizam que há a necessidade de

reforçar que os processos de desgaste caracterizam as coletividades humanas e não primariamente os indivíduos. Ou seja, se bem seja certo que o padrão de desgaste se expressa através dos indivíduos que integram a coletividade, não é senão nela que adquire pleno significado e visibilidade. Assim é porque não depende das características individuais biopsíquicas de cada um, mas das condições específicas através e ante as quais a coletividade se constitui como tal (Laurell; Noriega, 1989, p. 117).

Mas, como advertem Lima e Lima (1998, p. 25), “com isso, toda a diversidade das estratégias individuais e percepções pessoais ficam obscurecidas”. Não se trata, aqui, de desconsiderar as valiosas contribuições de Laurell e Noriega (1989), sobretudo por trazerem um novo olhar para a compreensão do processo saúde/doença. Chamamos a atenção, apenas, para um limite que precisa ser superado – se quisermos avançar na compreensão dos problemas de saúde, sobretudo a saúde mental: levar em consideração as singularidades dos indivíduos.

1.6.1 – Saúde Coletiva e subjetividade

No interior da própria Saúde Coletiva, aqui no Brasil, tem sido envidado esse esforço de se superar o dualismo indivíduo/coletividade e de se considerar aspectos subjetivos no tratamento dos problemas de saúde. Assim, uma das críticas dirigidas a esse campo é a de que a subjetividade tem sido negligenciada em favor de abordagens “coletivistas”, tal como assinala Minayo (2001), ao reconhecer que questões relativas a “*sujeito e subjetividade*” ainda não têm sido devidamente encaradas como “assunto relevante para a racionalidade hegemônica da área [e que] a prática profissional do campo da saúde é muito pouco iluminada pelas reflexões sobre o tema” (Minayo, 2001, p. 4). Diante desse tipo de crítica, a proposta temática da revista *Ciência & Saúde Coletiva* de 2001, da Associação Brasileira de

Saúde Coletiva (ABRASCO), foi a de trazer reflexões sobre “a problemática do sujeito como questão essencial à práxis da saúde”, tal como expresso no editorial da revista, e, com isso, esboçar “a magnitude de assunto tão premente para a teoria e, sobretudo, para a prática dos profissionais, dos professores, pesquisadores e políticos do setor” (Minayo, 2001, p. 4).

Porém, se, de um lado, abordar a questão das individualidades (singularidades) constitui uma urgência, sobretudo ao campo da Saúde Coletiva¹⁶, por outro lado, não podemos ignorar o fato de que práticas sustentadas por perspectivas individualizantes não parecem ser a alternativa aos modelos por nós denominados de “coletivistas”. Assim, como não cair no equívoco tão bem assinalado por Barata (2001, p. 21) de se “substituírem as abordagens de massa pelas abordagens individuais”? Tal indagação se torna pertinente, sobretudo se levarmos em consideração que “a atuação sobre indivíduos, construída a partir de propostas de cunho individual, não tem impacto suficiente para modificar os perfis epidemiológicos populacionais ainda que possam apresentar benefícios singulares” (Barata, 2001, p. 21).

Reforçando essa mesma preocupação, Cohn (2001, p. 23) esclarece que “o grande desafio que se nos apresenta na atualidade é o de articular as práticas coletivas – portanto a práxis dos sujeitos coletivos – com a construção de identidades coletivas e individuais”. Acrescenta-se a isso o fato de que, como analisa Minayo,

o conceito de saúde coletiva e por consequência toda a práxis da Abrasco continuam manietados aos parâmetros fortemente estruturados da hegemonia médica. Seu centro é a doença (coletiva?); sua reflexão é sobre a doença ou os problemas de saúde; e sua atuação ou é exercida em nível da formulação política ou no âmbito das predições para os serviços que, em última instância, tratam das enfermidades (Minayo, 2001, p. 18).

Concordando com essa autora no sentido de que a Saúde Coletiva ainda está “presa ao modelo médico, não tendo incorporado devidamente as áreas da promoção da saúde mais eficientes na produção social do bem-estar”, Rocha (2001) afirma que “não podemos concordar que a incorporação desses elementos se faça

¹⁶ Embora possa parecer recente esse tipo de preocupação, concordamos com Machado (2001), quando, recorrendo ao levantamento realizado por Canesqui (1998) sobre a produção científica no campo da Saúde Coletiva, questiona essa “novidade” do tema, levantando a pergunta: “Será recente a preocupação central com o sujeito e sua relação com as estruturas nessa interação do individual e coletivo na saúde coletiva?” (Machado, 2001, p. 35).

promovendo a divisão em saúde individual, de um lado, e saúde coletiva de outro” (Rocha, 2001, p. 39). Também Siqueira (2001), ao discutir sobre a necessidade de reconstruir a “consciência da saúde coletiva como *sujeito protagonista* na transformação da prática de saúde”, aponta nessa direção, ao considerar que

isto envolve a missão de trabalharmos juntos com a comunidade no rompimento da divisão artificial, que separa a saúde em dois campos – individual e coletiva –, com dois atores diferentes, cumprindo o papel subalterno de servir ao *sujeito encoberto* pelas políticas neoliberais: o capital monopolista (Siqueira, 2001, p. 40).

Assim, Cohn (2001), ao refletir sobre as considerações de Minayo, pontua que “o alerta que o texto da autora faz (...) é exatamente sobre os perigos da armadilha de simplesmente se substituir o parâmetro ‘das totalidades’ pelo parâmetro das ‘individualidades e subjetividades’” (Cohn, 2001, p. 23).

Partindo da leitura dos clássicos das ciências sociais considerados estruturalistas – a saber, Radcliffe Brown, Lévi-Strauss e Althusser – e contrapondo a eles as teorias que enfatizam o lugar do sujeito e da subjetividade em sua relação com a sociedade, tais como as teorias compreensivas, fenomenológicas, interacionistas e algumas correntes marxistas, Minayo (2001) procura refletir sobre os impactos dessas perspectivas nos estudos realizados no âmbito da saúde coletiva. Em suas reflexões, um dos questionamentos incide sobre a persistência do “modelo médico” no âmbito das práticas na Saúde Coletiva. Outra preocupação da autora consiste em analisar o lugar do sujeito na saúde coletiva, recorrendo, para essa discussão, a duas noções: a primeira delas se refere ao *sujeito-coletivo-da-saúde*, que, na sua concepção, é a própria sociedade, lembrando que esse sujeito “está inteiramente perpassado por conflitos de interesses (de classes, corporativos, grupais, de gênero, de etnias) sociais e políticos, assim como também encontra núcleos de consenso e de identificação” (Minayo, 2001, p. 16). A segunda noção está ligada ao que a autora denomina de *saúde-coletiva-como-sujeito*, ou, para ser ainda mais preciso, *saúde coletiva, como sujeito histórico e epistêmico*. Sobre esse aspecto, ela reconhece a importância de “sujeitos coletivos” como protagonistas da história, chamando a atenção, no caso específico no campo da saúde, para a atuação da Abrasco (Associação Brasileira de Saúde Coletiva).

Não nos cabe, aqui, questionarmos a validade das discussões propostas pela autora, quando avalia a necessidade de se considerar os “sujeitos coletivos” como

fundamentais no desenvolvimento da saúde coletiva no Brasil. Nosso questionamento recua um pouco mais sobre a proposta inicial de se discutir o lugar do sujeito na saúde coletiva, ou, para retomarmos os termos de Minayo, o objetivo seria “tratar da subjetividade e do sujeito” (*idem*, p. 07).

Ao que nos parece, Minayo (2001) promove um deslizamento da questão sobre como lidar com a dimensão do sujeito no âmbito da saúde coletiva para outra mais voltada ao entendimento do papel dos sujeitos no desenvolvimento de ações no interior desse campo, sendo este o ponto sobre o qual ela opta por se debruçar. Para a primeira questão, ela recorre à noção de “sujeito-coletivo-da-saúde” e quanto à segunda, à noção de “saúde-coletiva-como-sujeito”. O que podemos depreender das discussões propostas pela autora, porém, é que nenhuma dessas duas noções parece dar conta da problemática que nos interessa aqui e que, a princípio, parece ser uma das principais intenções do debate promovido pela ABRASCO: tratar do lugar do sujeito na saúde coletiva, resgatando a dimensão da singularidade que, durante muito tempo, foi olvidada por esse campo¹⁷.

A esse respeito, valem os questionamentos de Stortz (2001), quando assinala que, mesmo se pensarmos em “sujeitos coletivos”, corremos o risco de cair em perspectivas que não dão conta das realidades concretas. Assim, para esse autor,

cabe questionar inicialmente a possibilidade de se pensar um sujeito coletivo da saúde nos termos formulados. O sujeito, a “sociedade”, é algo pensável em uma sociedade dividida socialmente? Se for, não seria apenas como uma abstração universalizante, assimilável apenas na mediação racional do estado democrático? (Stortz, 2001, p. 28).

Se a proposta de discussão feita por Minayo (2001) sobre a subjetividade pretende caminhar na direção de uma superação do dualismo indivíduo/sociedade, tal empreitada não se efetiva, por fazer desaparecer o indivíduo na noção abstrata de “sociedade”.

¹⁷ Quando assinala que “o sujeito-coletivo-da-saúde é a própria sociedade que, por meio das condições objetivas e subjetivas que gera, define tanto seu conceito sanitário, como os níveis e padrões de qualidade de vida que pretende alcançar” (Minayo, 2001, p. 16), a autora explicita a noção de sujeito que norteia suas reflexões e aponta as coletividades como o alvo das ações da saúde coletiva. A despeito da importância dessa perspectiva, insistimos na ideia de que ela não contempla um aspecto que nos é de particular interesse, que é a necessidade de se levar em consideração as singularidades. Ao que nos parece, essas noções das quais a autora se vale acabam por reforçar o viés “coletivista” da Saúde Coletiva. Outro aspecto a ser destacado é o quanto essa noção de “sujeito-coletivo-da-saúde” se nos apresenta como por demais abstrata, não nos permitindo vislumbrar, a partir daí, o sujeito concreto.

De qualquer forma, esse questionamento reforça a necessidade de refletir sobre uma noção de subjetividade que dê conta dos aspectos da singularidade, sem, contudo, cair na perspectiva individualizante ou psicologizante.

Outras proposições têm sido feitas com a intenção de trazer, para o âmbito da Saúde Coletiva, uma conceituação de subjetividade que atente nos aspectos singulares daqueles que são o objeto das ações de saúde. O que observamos, contudo, é que algumas dessas iniciativas acabam por desembocar em discussões tão abstratas, que perdem de vista, justamente, aquilo que tentam salvaguardar: os sujeitos concretamente existentes. A título de ilustração, abordaremos, de maneira bem sintética, duas dessas abordagens, extraíndo aquilo que consideramos ser alguns dos seus aspectos essenciais, já que foge aos propósitos desta tese uma análise aprofundada dessas propostas. Mas, mesmo correndo o risco de simplificarmos demais as reflexões feitas pelos seus autores, acreditamos que essa breve incursão se faz necessária, principalmente para nos possibilitar identificar alguns dos principais problemas que, no nosso entender, dificultam a compreensão da singularidade nos processos saúde/doença¹⁸.

O primeiro intento, nessa direção, nos foi apresentado por Ayres (2001) que, numa tentativa de uma melhor conceituação de subjetividade que atendesse aos propósitos da saúde, sobretudo da saúde coletiva, se propôs questionar as noções que têm orientado as práticas nesse campo. Partindo da premissa de que a noção de subjetividade presente na saúde coletiva comporta duas dimensões – a primeira, ligada à ideia de “*identidade* dos destinatários de nossas práticas”; a segunda relacionada “à *ação transformadora*, o sujeito como o ser que produz a história, o responsável pelo seu próprio devir” –, o autor levanta as seguintes indagações: “Será que temos refletido suficientemente sobre essa categoria tão central a essas propostas? Será essa concepção de sujeito, que temos usado tão acriticamente, adequada aos valores que têm norteado nossos ímpetos de renovação?” (p. 65). A resposta do autor a tais questionamentos é que “(...) a *concepção de sujeito predominante no pensamento sanitário não está em sintonia com os principais valores e pressupostos que o orientam hegemonicamente na atualidade*” (Ayres, 2001, p. 65). Assim, em contraposição à concepção de subjetividade associada à

¹⁸ A escolha das duas propostas para análise que fazemos a seguir se deve ao fato de representarem, explicitamente, um esforço de resgate dos aspectos singulares, mas sem perder de vista a dimensão coletiva da saúde. Nossa intenção é apresentar, após essa breve análise, uma alternativa de leitura que permita contemplar essa dimensão.

permanência (“mesmidade”, identidade), ou aquela ligada à “ideia de *produção* em que se apoia o sujeito-agente da história, [sendo que] o sujeito histórico é o ser produtor, aquele que introduz ou melhora coisas ou ideias para o progresso da vida humana” (*idem*, p. 65), Ayres sugere que a ideia de *permanência* “seja substituída pela de contínua reconstrução de identidades e a ideia de produção, relacionada à dimensão transformadora, seja abarcada pela noção mais ampla de sucesso prático, que pode ou não passar pela produção de bens” (Ayres, 2001, p. 65).

Se, inicialmente, a proposta de Ayres (2001) parece-nos promissora, sobretudo pela sua intenção de trazer uma “conceituação mais rica” de subjetividade, defendendo uma revisão “com base em já sólidos desenvolvimentos da filosofia contemporânea” (p. 65), vemos que, já de antemão, um problema se coloca quando o autor propõe “que pensemos muito mais em intersubjetividade que em subjetividade, que consideremos, em outras palavras, *o caráter imediatamente relacional e irremediavelmente contingente de nossas identidades e historicidades como indivíduos e grupos*” (Ayres, 2001, p. 65)¹⁹.

Indo nessa direção, ele se propõe a analisar a aplicabilidade dessa ideia ao campo da saúde, ou, nos seus próprios termos, “a campos de práticas mais concretos onde nós, humanos, nos *reconhecemos* sujeitos”. Assim, ao se indagar sobre “qual é a experiência que põe cada um em contato com o outro, levando-o a reconhecer a si mesmo a cada vez e sempre?”, o próprio autor afirma que “é possível que haja muitas respostas para essa pergunta, mas não parece restar muita dúvida de que um dos mais poderosos meios desse mútuo engendramento de sujeitos e mundos é a *linguagem*” (*idem*, p. 67). E, logo em seguida, enfatiza que “a linguagem só existe como *em ato*”. Partindo, pois, dessa premissa, Ayres (2001) levanta a seguinte questão retórica: “E o que é esse ato, criador de sujeitos e seus mundos na e pela linguagem, que nos faz experimentar o que somos no encontro com o que não somos, senão *diálogo*?” (*idem*, p. 68). Isso lhe permitirá concluir (no nosso entender, precipitadamente) que “podemos então afirmar que *sujeitos são diálogos*” (Ayres, 2001, p. 68).

Tendo isso como base, o autor, ao analisar os principais problemas enfrentados na área da saúde, parece entender que as maiores dificuldades se

¹⁹ A noção de “intersubjetividade”, tal como proposta pelo autor, parece-nos problemática por não ser definida em termos que nos permitam compreender os sujeitos concretos, cabendo, portanto, a mesma crítica que fizemos à noção de “sujeitos coletivos” anteriormente feita, quando assinalamos seu caráter abstrato.

encontram na ênfase comumente dada ao êxito técnico, que, do seu ponto de vista, “refere-se (...) a um sucesso, mas um sucesso em relação a um ‘como’ fazer. Não faz parte de suas aptidões definir o ‘quê fazer’” (Ayres, 2001, p. 69). E, em sua avaliação, “nós, efetivamente, não temos nos perguntado, quando dialogamos sobre saúde, sobre o que sonham as pessoas (nós mesmos) para a vida, para o bem viver, para a saúde” (*idem*, p. 69). Portanto, a saída para os problemas enfrentados na área da saúde, na concepção do autor, parece se concentrar no campo da comunicação. Assim,

se queremos enriquecer o diálogo, é preciso cuidar que sua matéria-prima acompanhe essa ambição, é preciso refletir sobre nossa linguagem. Nesse sentido, um dos maiores desafios que se nos é colocado como partícipes do diálogo sanitário é superar as barreiras linguísticas que o jargão técnico interpõe a uma autêntica interação entre profissionais e população (Ayres, 2001, p. 69).

Trata-se, pois, de reconstruir, tal como sugere Boaventura Santos citado por Ayres, “pontes linguísticas entre o mundo da tecnociência e o senso comum”, sendo que, na sua avaliação, “sem essas pontes linguísticas não poderá haver compartilhamento de horizontes normativos entre os técnicos [da saúde] e o público” (Ayres, 2001, p. 70).

Vemos, desse modo, a linguagem aparecer como um elemento central, não só na compreensão dos problemas no interior da Saúde Coletiva, mas também na sua superação. Numa perspectiva análoga, encontramos as discussões de Brant (2001), cuja intenção é refletir sobre as possíveis contribuições da psicanálise para o campo da Saúde Coletiva.

Partindo da constatação de que os termos *indivíduo* e *subjetividade* são usados indistintamente na epidemiologia e assinalando, acertadamente no nosso entender, a necessidade de distingui-los, o autor critica a opção pela incorporação da concepção de *indivíduo* em vez da de *sujeito* pela epidemiologia, dizendo que a opção por essa segunda concepção pode representar um avanço.

Recorrendo às reflexões de Goldberg, Brant assinala que,

ao se considerarem os indivíduos como unidades estatísticas independentes, ignora-se completamente a existência das relações sociais dentro das quais as representações, os comportamentos, os saberes e os modos de vida são produzidos (Brant, 2001, p. 224).

Na avaliação do autor, graças à complexificação e à pluralidade dos estudos no campo da epidemiologia latino-americana, “torna-se possível visualizar alguns de seus limites e a necessidade de se buscarem abordagens transdisciplinares, para que se possa estudar alguns [conceitos], como, por exemplo, a categoria sujeito” (Brant, 2001, p. 225). Para tanto, o autor irá se valer das contribuições da psicanálise, fundamentando-se, sobretudo, na leitura proposta por Jacques Lacan, “que, ao fazer uma releitura radical da obra freudiana, introduz o termo sujeito na psicanálise, tornando possível operar com a hipótese do inconsciente sem aniquilar sua dimensão fundamental de não-sabido” (Brant, 2001, p. 225). Baseando-se em Garcia-Roza, a aposta de Brant é que, “a partir da teoria psicanalítica do sujeito, a epidemiologia não pode mais identificar ‘a história do indivíduo com a história do sujeito, uma vez que não são termos que se recobrem”” (Garcia Roza *apud* Brant, 2001, p. 225).

Para Brant (2001), uma primeira decorrência dessa formulação no campo teórico da epidemiologia diz respeito à necessidade de revisão da “clássica divisão de indivíduos em ‘doentes’ e ‘não doentes”” (Brant, 2001, p. 226). Na análise proposta pelo autor, não caberia à epidemiologia dizer quem está doente ou não, posto que a saúde não deve ser pensada em seu significado de “inteiro, intacto, real, em síntese, íntegro”. Contrariamente a isso,

os “sujeitos da saúde ou da doença” (...) são divididos e, como tais, são atravessados por um outro sujeito que eles desconhecem (sujeito do inconsciente) e que lhes impõem uma fala que é vivida pelo sujeito consciente como estranha, lacunar e sem sentido (Brant, 2001, p. 226).

Assim sendo, para o autor, “a epidemiologia deve considerar a doença como ‘um ponto de vista’ sobre a saúde e vice-versa”, dado que a definição de saúde-doença é tomada pelo sujeito a partir de determinações que não se reduzem à esfera da fisiologia, ou mesmo da cultura. Segundo ele, “esta determinação deve ser pensada, também, como uma determinação da ordem da linguagem, entendida como ‘verdadeiros Outros”” (*idem*, p. 226). Estar ou não doente seria uma forma que os sujeitos encontram para responder ao que denomina esse Outro (“grande outro”); é “ele”, portanto, quem determina se um sujeito está saudável ou não. Ou seja, “a partir desta lógica da linguagem é que alguém pode se apresentar como doente, ou

não doente; que pode ser reconhecido como doente ou não, e ser tratado ou não como tal” (Brant, 2001, p. 226).

Numa tentativa de esclarecer o que significa o Outro na perspectiva lacaniana, Brant (2001) acrescenta que

esse Outro é a ordem do inconsciente, ordem simbólica, que se distingue do outro que é o semelhante. É a partir do Outro, entendido como um lugar do simbólico, de certa maneira externo ao sujeito, que se pode entender a diferença entre o sujeito e o indivíduo. Esse Outro é a ordem simbólica constituída pela linguagem e composta de elementos significantes formadores do inconsciente (Brant, 2001, p. 226-7).

Essa perspectiva, conforme assinala Brant, permitiria superar a concepção de indivíduo adotada pela epidemiologia tradicional, o que, por sua vez, levaria a uma melhor compreensão das questões relativas aos sujeitos, além de oferecer “condições para romper a dicotomia entre o indivíduo e o coletivo e, assim, abrir possibilidades para uma articulação entre o social e individual” (*idem*, p. 227). Ela iria possibilitar, ainda, compreender algumas questões (as quais, aliás, consideramos fundamentais para os propósitos de nosso estudo), como: “O que faz com que alguns desses [sujeitos] adoeçam e outros não? O que faz com que alguns cuidem da sua saúde e outros não?” (Brant, 2001, p. 227).

Um aspecto – que merece ser assinalado e em relação ao qual inicialmente concordamos com o autor – diz respeito à ideia de que a definição de “estar ou não doente” não pode ser feita à revelia do sujeito com base em critérios exteriores a ele. Entretanto, ao supor a linguagem como categoria determinante dessa definição, o autor parece caminhar na mesma direção de Ayres (2001), sendo esse, precisamente, o ponto sobre o qual queremos nos debruçar, tecendo algumas considerações críticas.

No tocante à ênfase em categorias, como a linguagem, por exemplo, como principal determinante dos fenômenos sociais, cabe resgatar, aqui, algumas das importantes reflexões propostas por Lacaz (2001), quando questiona “uma tendência verificada na produção científica dentro do campo da saúde coletiva que utiliza como referência autores que se filiam à chamada ‘corrente pós-moderna’ de pensamento” (Lacaz, 2001, p. 234), também referida como “pós-modernismo”. Para Lacaz, “dentre os autores mais representativos do pós-modernismo, aquele que, no Brasil, teve grande influência sobre a medicina social (e a saúde coletiva), está Michel Foucault”,

para quem, segundo o autor, “o sujeito é *função* da formação discursiva, negando que aqueles que enunciam são previamente determinados pela estrutura social, no papel de intelectuais/sujeitos” (Lacaz, 2001, p. 234-5). Interessa-nos assinalar, aqui, o quanto esse tipo de perspectiva tem invadido as produções teóricas nesse campo, como podemos ver nos trabalhos de Brant e Ayres, por exemplo. Sobre isso, Lacaz (2001) frisou

que essa postura tomou conta da esquerda intelectual [brasileira] nos anos 60 e... “transformou a língua não só em um campo independente, mas em um campo que a tudo satura; uma esfera tão onipresente, tão dominante, que virtualmente extingue a ação humana” (McNally *apud* Lacaz, 2001, p. 234).

O autor se refere, igualmente, a um “descentramento do **sujeito** na história promovido por Foucault, (...), substituído na centralidade pelas relações e determinações da vontade das instâncias de poder” (*idem*, p. 235-6). Em sua análise, “tal assertiva (...), de certa forma a-histórica, leva-nos a perguntar onde, enfim, encontra-se o **sujeito social**, na medida em que sua presença não é mais reconhecida na dinâmica das sociedades de classe” (Lacaz, 2001, p. 236). O que o autor avalia como implicações desse tipo de perspectiva para as questões da saúde coletiva, por exemplo, é que “para esse ‘pós-modernismo’ de esquerda, cujo maior interesse passa pela cultura, linguagem, discurso, identidade, diferença (e não desigualdade), em que o sujeito é descentrado, também não há lugar para projetos coletivos, mesmo porque abandona a explicação de base material” (Lacaz, 2001, p. 237).

A essa crítica do autor podemos acrescentar, ainda, a ideia de que é possível identificar, nesse tipo de perspectiva teórica, uma certa inversão entre “sujeito” e seus “atributos”, de tal maneira que esses últimos, de predicados, acabam sendo elevados à categoria de “sujeitos”. Verifica-se, portanto, uma espécie de “autonomização” dos atributos do ser social, um movimento que podemos identificar como sendo especulativo²⁰.

²⁰ Em Brant (2001), por exemplo, essa “autonomização” aparece na sua explicitação de que os sujeitos “são atravessados por um outro sujeito que eles desconhecem (sujeito do inconsciente)” (p. 226), tal como citado anteriormente. Vemos, aí, o inconsciente deixar de ser atributo do sujeito para se tornar o próprio sujeito. Em Ayres (2001), essa ideia é expressa na sua formulação de que “sujeitos são diálogo” (p. 68); com isso, o autor faz equivaler um aspecto que se refere ao sujeito (capacidade de estabelecer diálogos) com o próprio sujeito. Já assinalamos, anteriormente, como Lima (2002), apropriando-se de Politzer, critica abordagens teóricas que “autonomizam o psiquismo, mostrando-se incapazes de percebê-lo como predicado do sujeito, mas, ao contrário,

Quando vemos Brant e Ayres (2001) evocarem a linguagem como categoria autônoma e determinante do processo saúde-doença, reconhecemos aí o mesmo tipo de movimento realizado pela filosofia hegeliana e contra a qual Feuerbach dirige suas críticas. Tal autonomia é levada ao extremo e acaba por conduzir à concepção de que “a essência seria constituída por comportamentos ideológicos ‘puramente espirituais’, enquanto que a luta real dos homens reais pela própria vida é posta em segundo plano como um desprezível submundo da existência” (Lukács *apud* Fortes, 2001, p. 164).

1.6.2 – A dimensão singular da saúde

Acreditamos que a proposta de Canguilhem (2006) representa uma alternativa de teorização mais consistente e condizente com os nossos propósitos, sobretudo para pensarmos a saúde na dimensão da singularidade. Para esse autor, em matéria de saúde, o que se define como normal ou patológico deve ser tomado sempre a partir do indivíduo. Entretanto, as bases sobre as quais ele irá sustentar suas reflexões diferem daquelas apresentadas por Brant, conforme veremos a seguir.

Ao entender que “é, sem dúvida, à necessidade terapêutica que se deve atribuir a iniciativa de qualquer teoria ontológica da doença”, Canguilhem (2006, p. 9) busca compreender em que consiste o normal e o patológico. Para tanto, ele recorre à revisão do conceito de normal, assinalando alguns equívocos no uso desse termo. O autor parte, por conseguinte, da etimologia dessa palavra, que sugere que *norma* é aquilo “que se conserva em um justo meio-termo” (p. 85) de onde se derivariam dois sentidos: “é normal aquilo que é como deve ser; e (...) o que se encontra na maior parte dos casos de uma espécie determinada ou o que constitui a média ou o

colocando-o como sujeito ou até mesmo como objeto ou como ‘coisa’” (Lima, 2002, p. 54). Também a esse respeito, não há como desconsiderar a contundente crítica que Feuerbach dirige à especulação. Como bem observa Chasin, para Feuerbach a “filosofia é o conhecimento do que é. Pensar e conhecer as coisas e os seres como são – eis a lei suprema, a tarefa máxima da filosofia” (Feuerbach *apud* Chasin, 1995, p. 42). Com isso, Feuerbach se coloca como contrário, não só à filosofia hegeliana, mas a toda tradição especulativa moderna. Isso significa realizar a crítica radical da abstração feita por Hegel: “Abstrair significa por a essência da natureza fora da natureza, a essência do homem fora do homem, a essência do pensamento fora do ato de pensar. A filosofia hegeliana alienou o homem de si mesmo, quando baseou todo o seu sistema nestes atos de abstração” (Feuerbach *apud* Gomes de Deus, 2001, p. 30).

módulo de uma característica mensurável” (Canguilhem, 2006, p. 85). O autor assinala o quanto essa última acepção da palavra acabou resultando no equívoco de se atribuir à generalidade um “índice de essência”, fazendo com que “um caráter comum [adquirisse] um valor de tipo ideal” (*idem*, p. 85). Esse mesmo equívoco acaba sendo incorporado pela medicina, em que se percebe “que o estado normal designa, ao mesmo tempo, o estado habitual dos órgãos e seu estado ideal, já que o restabelecimento desse estado habitual é o objeto usual da terapêutica” (Canguilhem, 2006, p. 85). O autor constata:

É certo que, em medicina, o estado normal do corpo humano é o estado que se deseja restabelecer. Mas será que se deve considerá-lo normal porque é visado como fim a ser atingido pela terapêutica, ou, pelo contrário, será que a terapêutica o visa justamente porque ele é considerado como normal pelo interessado, isto é, pelo doente? Afirmamos que a segunda relação é a verdadeira (Canguilhem, 2006, p. 86).

Assim, a própria forma de se reagir a uma lesão por meio de uma doença sugere, no seu entender, “que a vida não é indiferente às condições nas quais ela é possível, que a vida é polaridade e, por isso mesmo, posição inconsciente de valor, em resumo, que a vida é, de fato, uma atividade normativa” (Canguilhem, 2006, p. 86). Cabe assinalar que,

em filosofia, entende-se por *normativo* qualquer julgamento que aprecie ou qualifique um fato em relação a uma norma, mas essa forma de julgamento está subordinada, no fundo, àquele que institui normas. No pleno sentido da palavra, *normativo* é o que institui normas (Canguilhem, 2006, p. 86).

E, no que diz respeito à saúde, quando pensamos “em matérias de normas biológicas, é sempre o indivíduo que devemos tomar como ponto de referência”; isso, porque “uma média, obtida estatisticamente, não permite dizer se determinado indivíduo, presente diante de nós, é normal ou não” (Canguilhem, 2006, p. 134)²¹.

Conforme podemos depreender do que foi exposto acima, para Canguilhem (2006, p. 134), “tratando-se de uma norma supra-individual, é impossível determinar o ‘ser doente’ quanto ao conteúdo. No entanto, isso é perfeitamente possível quando se trata de uma norma individual”. Essa perspectiva permite verificar que não há

²¹ É importante ressaltar, aqui, que a noção de indivíduo usada por Canguilhem é bem distinta daquela criticada, de forma pertinente, por Brant (2001), não correspondendo, portanto, a uma unidade estatística, como destacamos acima.

como estabelecer limites precisos entre o normal e o patológico, quando nos referimos a vários indivíduos simultaneamente, embora o possamos fazer quando falamos de um mesmo indivíduo, em diferentes momentos.

Aquilo que é normal, apesar de ser normativo em determinadas condições, pode se tornar patológico em outra situação, se permanecer inalterado. O indivíduo é que avalia essa transformação porque é ele que sofre suas consequências, no próprio momento em que se sente incapaz de realizar as tarefas que a nova situação lhe impõe (Canguilhem, 2006, p. 135).

É preciso comprovar que há determinadas normas que são superiores a outras. Assim, “uma norma de vida é superior a outra quando comporta o que esta última permite e também o que ela não permite” (*idem*, p. 135); ou seja, uma norma é superior quando ela permite várias possibilidades. Por outro lado, “em situações diferentes, há normas diferentes e que, mesmo enquanto diferentes, se equivalem. Desse ponto de vista, todas as normas são normais” (Canguilhem, 2006, p. 135). Mas, nessa perspectiva, como definir doença? Para Canguilhem,

devemos dizer que o estado patológico ou anormal não é consequência da ausência de qualquer norma. A doença é ainda uma norma de vida, mas uma norma inferior, no sentido que não tolera nenhum desvio das condições em que é válida, por ser incapaz de se transformar em outra norma (Canguilhem, 2006, p. 136).

Se a saúde implica a capacidade do indivíduo em criar suas próprias normas, o estar doente significa, por seu turno, estar incapaz de criá-las, ou seja, de ser normativo. Dessa forma, “o ser vivo doente está normalizado em condições bem definidas, e perdeu a capacidade normativa, a capacidade de instituir normas diferentes em condições diferentes” (Canguilhem, 2006, p. 136).

Desse modo, as modificações observadas no organismo representam doenças na medida em que se configuram como restritivas a outras possibilidades, em que é possível observar “a instauração de novas normas de vida por uma redução do nível de sua atividade, em relação com um meio novo, mas *limitado*” (Canguilhem, 2006, p. 138). Isso permite ao autor concluir que “o doente é doente por só poder admitir uma norma” (*Idem*, p. 138). Para ele, “a doença passa a ser uma experiência de inovação, e não apenas um fato diminutivo ou multiplicativo (...). A doença não é uma variação da dimensão da saúde; ela é uma nova dimensão da

vida” (*idem*, p. 138). Isso equivale a dizer que “a doença é, ao mesmo tempo, privação e reformulação” (Canguilhem, 2006, p. 139), sendo fundamental destacar que “o doente deve sempre ser julgado em relação com a situação à qual ele reage e com os instrumentos de ação que o meio próprio lhe oferece (...). Não há distúrbio patológico em si, o anormal só pode ser apreciado em uma relação” (Canguilhem, 2006, p. 140).

Do que foi exposto até aqui é possível observar que os termos “normal” e “saudável” não podem ser tomados como equivalentes, já que o próprio patológico se constitui como uma forma de normalidade. Assim, para Canguilhem,

ser sadio significa não apenas ser normal em uma situação determinada, mas ser, também, normativo, nessa situação e em outras situações eventuais. O que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas (Canguilhem, 2006, p. 148).

Se considerarmos que a vida comporta múltiplas possibilidades, imprevistos e acidentes, podemos dizer que o “meio é infiel”, no sentido de não ser linear e passível de completo domínio por parte do ser vivente. De um lado, “a saúde é uma margem de tolerância às infidelidades do meio” (Canguilhem, 2006, p. 148), já que “a vida não é, portanto, para o ser vivo, uma dedução monótona, um movimento retilíneo; ela ignora a rigidez geométrica, ela é debate ou explicação com um meio em que há fugas, vazios, esquivamentos e resistências inesperadas” (*idem*, p. 149). Por outro lado, “a característica da doença consiste em uma redução da margem de tolerância às infidelidades do meio” (Canguilhem, 2006, p. 150). A saúde aparece, portanto, como “um guia regulador das possibilidades de reação” (*idem*, p. 149), inclusive diante da doença. Ou seja: “estar com boa saúde é poder cair doente e se recuperar; é um luxo biológico” (Canguilhem, 2006, p. 150). A sensação de estar com saúde advém da possibilidade de enfrentar riscos, ainda que isso represente, eventualmente, uma reação catastrófica. Muito “mais do que se manter em seu estado e em seu meio atuais”, o organismo sadio, nesse caso, “o homem só se sente em boa saúde – que é, precisamente, a saúde – quando se sente mais do que normal, isto é, não apenas adaptado ao meio e às suas exigências, mas, também, normativo, capaz de seguir novas normas de vida” (Canguilhem, 2006, p. 151).

Com base no que discutimos acima, acreditamos caminhar na direção de uma perspectiva que supera vieses especulativos, em que imperam visões dicotômicas e/ou reducionistas do ser social e que impedem, portanto, de avançarmos em formas mais eficazes de lidar com os problemas de saúde, propondo, pois, uma visão que permita integrar os aspectos singulares dos sujeitos envolvidos, mas não desconsiderando a dimensão coletiva da saúde.

Como sugerem Lima e Lima, é fundamental incorporar aos estudos nesse campo as investigações do cotidiano.

Seja porque a sociedade atual se transforma e se complexifica, seja porque as situações concretas são cada vez mais imprevisíveis em razão dessas transformações, a volta ao cotidiano, independentemente das incompreensões teóricas que a acompanham, guarda um apelo que se justifica por si mesmo (Lima; Lima, 1998, p. 29).

Não se trata, com efeito, de limitar os estudos a uma ou outra perspectiva, seja ela relativa aos processos sociais mais gerais, seja ela ligada aos estudos de casos particulares. Em suma, “reunir as reflexões sobre as determinações mais gerais e essenciais dos complexos em consideração, com o conhecimento de suas formas particulares e imediatas de manifestação, parece-nos imprescindível para entender os problemas de hoje” (Lima; Lima, 1998, p. 29).

CAPÍTULO 2 – A CONFIGURAÇÃO DAS “REDES” DA SAÚDE DO TRABALHADOR E DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Para uma melhor compreensão do campo onde a pesquisa foi realizada, convém, inicialmente, caracterizar brevemente o contexto em que surgiram os campos da Saúde do Trabalhador e da Saúde Mental no Brasil, assinalando não apenas alguns dos acontecimentos históricos a eles relacionados, como também alguns dos marcos legais que os vão instituindo.

Cabe destacar que, conquanto seja comum referir-se aos campos citados como “Rede de Saúde do Trabalho” e “Rede de Saúde Mental”, a proposta do Sistema Único de Saúde é clara quanto a isso: só existe uma rede – a Rede SUS. Assim, ainda que esses campos tenham surgido em momentos anteriores ao estabelecimento do SUS, eles são, hoje, parte integrante dessa rede, estando, efetivamente, sujeitos aos seus objetivos e princípios e às suas diretrizes.

Nessa perspectiva, cabe à Saúde do Trabalhador e à Saúde Mental implementarem as estratégias preconizadas pelo SUS dentro das suas respectivas especialidades, mas respeitando os elementos que norteiam o Sistema Único de Saúde no país.

2.1 – A Saúde do Trabalhador

A primeira questão que surge ao abordarmos o campo da Saúde do Trabalhador diz respeito à própria especificidade desse campo; ou seja, por que se pensar em saúde “do trabalhador”? O que há de específico nessa parcela da população que justifique um tratamento especial? E, caso haja justificativas para isso, quais seriam as especificidades da “saúde do trabalhador”? O que a diferencia das “outras saúdes”, como, por exemplo, “saúde da mulher”, “saúde do homem”, etc.?

A resposta a essas questões pode ser pensada em duas direções: a primeira, e mais evidente, implica o reconhecimento de que certos agravos à saúde têm relação direta (e/ou indireta) com o trabalho. Assim, a abordagem desse problema deve levar em consideração as especificidades desses agravos (causas, evolução,

tratamento, prevenção etc.), o que justificaria, portanto, um campo específico de estudos. Pensar em Saúde do Trabalhador significa

também, pensar sobre as diversidades epidemiológicas dos agravos à saúde dos trabalhadores que variam desde as doenças provocadas pela introdução das novas tecnologias e pela organização do trabalho, passando pelas “contaminações” por cancerígenos, solventes – o benzenismo denunciado em 1982 na COSIPA e que hoje se alastra pelos pólos-petroquímicos de Camaçari na Bahia, de Capuava em São Paulo, de Triunfo no Rio Grande do Sul – e metais pesados; pela surdez de milhares de operários dos mais diversos ramos da produção; pela silicose dos cavadores de poços artesianos da Serra de Ibiapaba no Ceará, pelo gravíssimo problema das intoxicações por agrotóxicos, e acidentes com máquinas agrícolas nas atividades rurais, até chegar aos efeitos para a saúde do trabalho escravo de menores e mulheres (Lacaz, 1997, p. 8).

A segunda direção aponta para a consideração do lugar ocupado pelo trabalho na compreensão dos fenômenos humanos, incluído aí o processo saúde/doença. Ainda que menos evidente, essa direção não pode ser negligenciada, pois é ela que dá os fundamentos teórico-filosóficos ao campo da Saúde do Trabalhador.

Conforme já dito, a proposta de Laurell & Noriega (1989) lançou as bases da Medicina Social Latinoamericana, para a qual a compreensão do processo saúde/doença só pode se dar se ele for relacionado ao contexto social. Segundo os autores, o trabalho é “a capacidade de criar intencionalmente novos objetos, mas também novas relações entre os homens” (Laurell; Noriega, 1989, p. 104), sendo esse aspecto do trabalho “uma das chaves para compreender a especificidade histórica dos processos psicológicos humanos” (*Idem*, p. 104). Isto, porque o trabalho está relacionado aos “elementos essenciais que definem a inserção social específica e que determinam as ‘condições ambientais’ diante das quais emergem os modos de andar a vida” de cada ser humano. (Laurell; Noriega, 1989, p. 103). Já nos debruçamos sobre as principais contribuições desses autores ao campo da Saúde Coletiva de um modo geral. Aqui, vale apenas ressaltar o lugar que elas ocupam nas concepções das políticas de saúde do trabalhador no Brasil, como analisaremos a seguir.

2.1.1 – A Saúde do Trabalhador no Brasil

Estamos cientes das dificuldades presentes nesse propósito de descrever, em poucas linhas, o desenvolvimento histórico de um campo, como é o caso da Saúde do Trabalhador, que envolve, além de atores oriundos de diferentes espaços - como as fábricas, os sindicatos, o poder público etc. –, dimensões diversas, incluindo aí o conflito capital-trabalho, a política, entre tantas outras. Entretanto, não podemos deixar de expor, ainda que sucintamente, nesta etapa do nosso trabalho, alguns dos acontecimentos importantes que permitem compreender melhor como se apresenta esse campo nos tempos atuais.

Mesmo correndo o risco das simplificações comuns às classificações de períodos históricos, podemos identificar, *grosso modo*, dois “momentos” da história da Saúde do Trabalhador no Brasil: o primeiro, marcado pela intensa participação dos movimentos operários, o que corresponde a um intervalo que vai dos anos 60 e 70, até a década de 80²²; e um segundo, em que se nota uma maior presença do poder público no estabelecimento de políticas voltadas aos trabalhadores. A participação mais explícita do Estado é observada, principalmente, a partir do final dos anos 80, mas é importante assinalar que isso não eliminou ou substituiu a participação dos movimentos sindicais, havendo, sim, uma tentativa, nem sempre bem-sucedida, de incorporá-los às práticas da Saúde do Trabalhador.

Quanto ao primeiro “momento”, correspondente ao período imediatamente anterior ao regime militar, bem como nos seus primeiros anos, é possível observar a quase total ausência do Estado no seu papel de transformar a realidade dos trabalhadores. A “intervenção” do poder público, em vez de mudar essa realidade, implicou a adoção de medidas pouco eficazes. Assim, por exemplo,

as Delegacias Regionais do Trabalho advogam, em vários estados, a exclusividade de sua competência para inspecionar os centros produtivos. Essa posição, de um modo geral, encontra eco nos segmentos mais conservadores do patronato, na medida em que tais inspeções, orientadas por um modelo tradicional, pontuais e técnico-burocratas, incapazes de alimentar um sistema de vigilância em saúde do trabalhador, servem aos seus propósitos ao não promoverem mudanças significativas (Minayo-Gomez; Thedim-Costa, 1997, p. 23).

²² Mesmo desconsiderando, aqui, os eventos ocorridos anteriores que conformaram a Saúde Coletiva no Brasil, estamos cientes da sua importância.

Nos anos que se seguiram, o mesmo problema é constatado nas práticas de saúde adotadas pelas empresas de capital privado, em que os SESMT – Serviços Especializados em Medicina do Trabalho,

instituídos em 1978, com algumas exceções, desviam-se da função de reconhecer, avaliar e controlar as causas de acidentes e doenças. Seus profissionais – assalariados pela empresa e sem respaldo legal para contrariarem-lhe os interesses – restringem-se à adoção de medidas paliativas diante dos riscos mais patentes (Minayo-Gomez; Thedim-Costa, 1997, p. 24).

Essa omissão do Estado, aliada ao enfraquecimento do regime militar e fortalecimento do movimento sindical, propiciará o surgimento de outras “frentes” de ação no enfrentamento dos problemas de saúde dos trabalhadores.

O final dos anos 70 foi um período vivido intensamente pelo movimento social, que no nível mundial tivera como referência os episódios de Maio de 68, com importantes exemplos de solidariedade de classe, de crítica ao poder legitimado na ciência, e com desdobramentos nas mais variadas áreas, inclusive na luta pela saúde e contra a organização do trabalho (Lacaz, 1997, p. 8).

Paralelamente a essa efervescência dos movimentos sindicais, o Estado ainda insiste na omissão ou permissão das práticas ineficazes de transformação dos espaços de trabalho, sendo que “apenas o esforço isolado de profissionais que se articulam em programas de saúde do trabalhador, centros de referência e atividades de vigilância realmente efetivas abre um rastro de luz nesse universo sombrio”. (Minayo-Gomez; Thedim-Costa, 1997, p. 23-4).

É nesse período que é criada, então, em 1978, a “Comissão Intersindical de Saúde e Trabalho (CISAT) em São Paulo a qual, dois anos depois, tornar-se-á o ‘DIEESE da Saúde’, isto é, o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT), de caráter nacional, fundado em agosto de 1980” (Lacaz, 1997, p. 8). Esse órgão terá grande importância nas discussões, tanto sobre as práticas de saúde, como sobre a participação do Estado na luta pela saúde do trabalhador.

Em 1982, a eleição de governadores que adotam medidas importantes na área social e da saúde, principalmente, nos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Rio Grande do Sul, passa a acenar para perspectivas futuras de mudanças da relação entre a sociedade e o Estado, “que vai desembocar alguns

anos depois na Campanha pelas *Diretas Já!* que se transformaria também numa das grandes frustrações nacionais da história recente, em função de mais um pacto das elites” (Lacaz, 1997, p. 9).

Apesar disso, alguns avanços já são observados na configuração da participação do Estado na implementação de políticas públicas voltadas para a saúde dos trabalhadores, embora ainda de forma fragmentada e descontinuada. Podemos identificar, aqui, os embriões do que identificamos como o segundo “momento” da história da Saúde do Trabalhador no Brasil. Nesse período, “a Organização Pan Americana da Saúde (OPAS), lança o Documento ‘Programa de Acción en la Salud de los Trabajadores’ (OPAS, 1983) com diretrizes para a implantação de programações em saúde na rede pública de serviços sanitários e voltadas para aqueles que trabalham” (Lacaz, 1997, p. 9). Essa proposta servirá de inspiração à diretriz adotada pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), que pressupõe “ampla participação dos trabalhadores, a atuação em equipes multiprofissionais e a sua implementação principalmente a partir de políticas públicas” (OIT, 1985 *apud* Lacaz, 1997, p. 9). É importante observar que, a essa época (1984-85), no Brasil, algumas experiências oriundas de iniciativas denominadas “Programas de Saúde dos Trabalhadores” (PST) estavam sendo desenvolvidas, sobretudo nos estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Bahia e Rio Grande do Sul, práticas estas fortemente inspiradas no modelo de Reforma Sanitária Italiana²³.

Nestas experiências os Serviços de Saúde Pública começam a nuclear a articulação entre as ações de assistência e vigilância (controle da nocividade) dos ambientes e locais de trabalho, envolvendo uma atuação interinstitucional que engloba órgãos da esfera federal como as Delegacias Regionais do Trabalho (DRTs), a Fundação Centro Nacional Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (Fundacentro), em nível dos estados e a Universidade, com uma abertura para a participação e a gestão dos sindicatos, a valorização do conhecimento/saber dos trabalhadores, ao lado de tornar públicas as informações e dados sobre “de quem adoecem e morrem os trabalhadores” (Lacaz, 1997, p 9).

São essas experiências que irão permitir, anos mais tarde,

²³ A Reforma Sanitária Italiana, criada pela Lei 833 de 23/09/78, que institui o Serviço Sanitário Nacional na Itália, foi fortemente influenciada pelas contribuições de Oddone, quando propôs o “Modelo Operário Italiano”, que “tinha como premissas a formação de grupos homogêneos, a experiência ou subjetividade operária, a validação consensual e a não-delegação, possibilitando assim a participação dos trabalhadores nas ações de planejamento e controle da saúde nos locais de trabalho, não delegando tais funções aos técnicos e valorizando a experiência e o conhecimento operário existente” (Mattos; Freitas, 1994, p. 251).

a inscrição da saúde dos trabalhadores como atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988, mas a prática adotada pelos governos estaduais que tomam posse em 1987 descaracteriza-os, como ocorreu em São Paulo, ao transformá-los mediante uma lógica semelhante à dos SESMT's, quando não se procura destruí-los, como ocorreu particularmente em Minas Gerais, além do desestímulo em estados como o Rio de Janeiro e Bahia (Lacaz, 1997, p 11).

Esse momento marca um retrocesso nas conquistas que vinham sendo feitas nos anos anteriores. Não é demais lembrar que a eleição dos governadores desses estados (São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Bahia) é consequência do denominado “estelionato eleitoral”, em que o governo, pertencente ao PMDB, por meio do Plano Cruzado, consegue eleger vários “governadores com perfil bem mais conservador do que os eleitos em 1982” nesses estados; e certamente “este fato teve consequências sobre as políticas sociais colocadas em prática pelos governos estaduais a partir de 1987” (Lacaz, 1997, p. 10). Assim, embora as VIII Conferência Nacional de Saúde e I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores tenham sido realizadas no ano anterior a essas eleições, representando

marcos históricos da luta pela defesa da saúde como *DIREITO* e pelo Sistema Único de Saúde, com ampla participação e controle social, [elas] não conseguiram, porém, superar as dificuldades interpostas pelas elites no sentido da democratização das relações nos ambientes e locais de trabalho (Lacaz, 1997, p. 10).

Apesar disso, em 1988, acontecem, no Brasil, as eleições para prefeito, sendo que vários representantes da esquerda são eleitos nos municípios. Muitos deles, segundo Lacaz (1997), dentro da proposta de “municipalização” da saúde, que criava os Centros de Referência em Saúde dos Trabalhadores (CRST's), passaram a gerenciar os seus serviços de saúde. Mais recentemente, serão esses centros, atualmente denominados de CEREST, que serão os principais dispositivos de viabilização da Saúde do Trabalhador no Brasil. Mas, nesse período correspondente à segunda metade da década de 80, eles ainda representam apenas um esforço de descentralização dos serviços de saúde. É com a Constituição de 1988 que haverá

influências e desdobramentos nas constituições estaduais, da Lei Orgânica da Saúde de setembro de 1990, das Leis Orgânicas Municipais e dos Códigos de Saúde, abrindo espaço

para o movimento pela descentralização da saúde na perspectiva da meta de *municipalização da saúde*” (Lacaz, 1997, p. 10).

Mas é apenas dois anos depois que surge, então, a “lei 8.080 que definiu os princípios e a formatação do SUS. Consolidava-se assim, no plano legal e institucional, o campo da Saúde do Trabalhador” (Dias; Hoefel, 2005, p. 819).

Mesmo que os “marcos legais” apontem para uma certa conformação de um “modelo” de saúde do trabalhador e avancem na direção de uma prestação de serviços mais digna, a própria realidade tem se encarregado de colocar questões que vão muito além do que prevê esse “modelo”. Como assinalam Dias e Hoefel,

a par dos avanços, também podem ser identificadas dificuldades, entre elas: o pequeno número e a distribuição desigual dos CRST nos Estados e municípios; a baixa cobertura das ações, que não alcançavam um número expressivo de trabalhadores; a desarticulação da atuação do conjunto de ações de saúde, permanecendo à margem das estruturas e políticas do SUS, conformando os “guetos da Saúde do Trabalhador”, além de uma fraca articulação intersetorial (Dias; Hoefel, 2005, p. 820).

Essas autoras, ao fazerem uma análise dos 15 anos da Lei 8.080, constataam que “o SUS ainda não incorporou, de forma efetiva, em suas concepções, paradigmas e ações, o lugar que o “trabalho” ocupa na vida dos indivíduos e suas relações com o espaço socioambiental” (Dias; Hoefel, 2005, p. 820).

2.1.2 – A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST)

Criada em 2002 pela portaria MS/GM 1.679, a RENAST torna-se um importante “marco na consolidação da Saúde do Trabalhador no SUS”. (Dias; Ribeiro, 2011, p. 26). Seu papel é o de organizar os serviços e as ações de saúde no SUS voltados à Saúde dos Trabalhadores. Conforme assinalam Dias e Hoefel (2005, p. 822), “conceitualmente, a RENAST é uma rede nacional de informação e práticas de saúde, organizada com o propósito de implementar ações assistenciais, de vigilância e de promoção da saúde, no SUS, na perspectiva da Saúde do Trabalhador”. Para as autoras, ela “integra e articula as linhas de cuidado da

atenção básica, de média e alta complexidade ambulatorial, pré-hospitalar e hospitalar, sob o controle social, nos três níveis de gestão: nacional, estadual e municipal, tendo como eixo os CRST's", ou seja, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Dias; Hoefel, 2005, p. 822).

Ainda de acordo com Dias e Hoefel (2005, p. 821), "apesar das críticas e dos desencontros institucionais observados no processo de elaboração desse instrumento, em particular à ênfase nas ações assistenciais", a portaria que criou a RENAST foi apoiada por profissionais e técnicos dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, além de outros setores do movimento dos trabalhadores, que viram nela "uma oportunidade de institucionalização e fortalecimento da Saúde do Trabalhador, no SUS" (*idem*, p. 821).

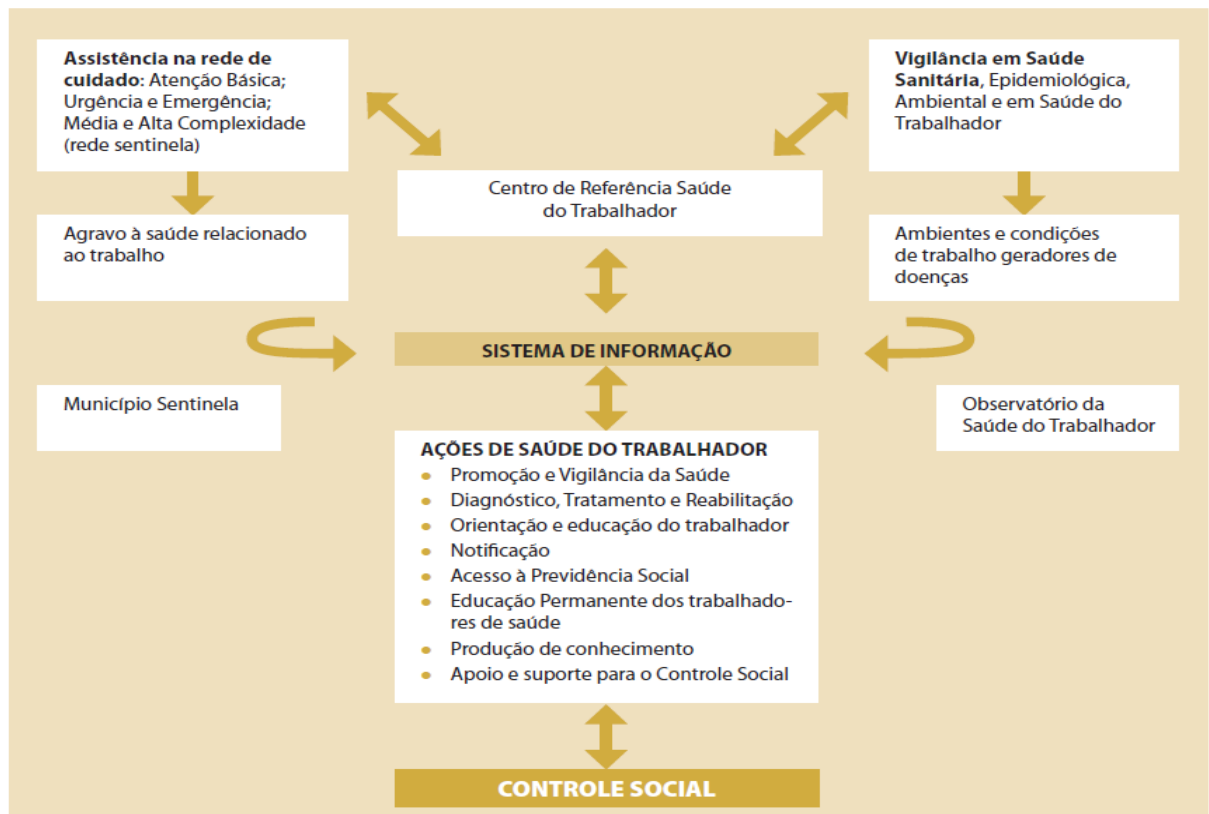
Em 2009, ocorreu uma redefinição da organização da RENAST, a partir da Portaria MS/GM no. 2.728, com o objetivo de alinhá-la às diretrizes do Pacto Pela Saúde de 2006. Se bem que essa Portaria estabeleça normas e diretrizes para a Saúde do Trabalhador,

a rigor, não se pode falar de um "modelo de atenção da Renast", pois esta se organiza na própria rede do SUS, segundo os princípios da universalidade de acesso, integralidade da atenção, controle social, de modo regionalizado e hierarquizado, privilegiando as estratégias da Atenção Básica e o enfoque da Promoção da Saúde (COSAT-MS, 2006, p. 37).

Isto é: conquanto seja comum o uso da expressão "rede de saúde do trabalhador", o que se deve ressaltar é que existe, no Brasil, apenas UMA rede, a saber a Rede SUS, conforme já assinalamos anteriormente. Dessa forma, na medida em que "os trabalhadores sempre foram usuários dos serviços públicos de saúde (...), a Renast se propõe a qualificar essa atenção, fazendo com que o SUS, como um todo, incorpore e funcione *na perspectiva da Saúde do Trabalhador*" (COSAT-MS, 2006, p. 37-8).

A figura seguinte serve como ilustração da forma como a RENAST se estrutura:

“Modelo’ de atenção da RENAST”



Fonte: COSAT-MS, 2006, p. 50

Conforme pode-se depreender da figura acima, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) ocupam um lugar central nesse processo.

Um breve resgate histórico permite inferir que, conquanto surgidos anteriormente à Constituição de 1988, os Programas de Saúde do Trabalhador (PST) e os CRST (Centros de Referência em Saúde do Trabalhador) existentes nos anos 80 podem ser considerados como precursores dos atuais CEREST, que funcionam, hoje, como polos irradiadores da Saúde do Trabalhador na região onde estão alocados, desempenhando não apenas papel de suporte para os demais serviços da rede SUS, sempre que a questão envolva a saúde nos contextos de trabalho, bem como as atividades ali desenvolvidas. Suas ações

devem, necessariamente, estar articuladas com os demais serviços da rede do SUS e outros setores de governo que possuem interfaces com a Saúde do Trabalhador. Os mesmos devem orientar e fornecer retaguarda, a fim de que os agravos à saúde relacionados ao trabalho possam ser atendidos em todos os níveis de atenção do SUS, de forma integral e hierarquizada. Este suporte deve se traduzir pela função de inteligência, acompanhamento e práticas conjuntas de intervenção especializada, incluindo ações de vigilância e formação de recursos humanos (COSAT-MS, 2006, p. 42).

Pela abrangência de suas ações, consideramos os CEREST como um dos principais dispositivos de implementação de programas voltados à saúde mental dos trabalhadores, conforme pretendemos discutir mais adiante. Por ora, vale assinalar que, conforme avaliam Dias e Hoefel (2005),

além das atividades desenvolvidas por distintos setores sociais, o trabalho dos CRST, na rede de serviços de saúde, contribuiu para a construção de uma atenção diferenciada à saúde dos trabalhadores no SUS, como expressão da luta organizada dos trabalhadores por melhores condições de vida e trabalho e da ação de tutela da saúde dos cidadãos pelo Estado (Dias; Hoefel, 2005, p. 820).

2.2 A Saúde Mental

2.2.1 – Os dispositivos da Saúde Mental no Brasil

Embora a preocupação da sociedade como um todo com a situação do doente mental seja antiga, no Brasil, é relativamente recente o estabelecimento de políticas específicas voltadas para a pessoa com sofrimento mental, o que parece estar relacionado com a mudança do lugar que esta passou a ocupar em nossa cultura. Durante várias décadas, observamos, em nosso país, o predomínio de práticas asilares com forma de “tratamento” da loucura. Às margens dessas práticas, algumas iniciativas pontuais resistiam, ainda que precariamente, à lógica manicomial. Mas foi somente ao final da década de 80 que a desinstitucionalização do louco começou a assumir uma forma mais concreta, dando nova direção ao movimento iniciado nos anos 60 e 70, com forte influência da Psiquiatria Democrática Italiana²⁴. Importante papel desempenharam os profissionais do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental: “Esse movimento foi, e é, importante agente de transformação, com expressiva participação na definição das políticas públicas na área da saúde mental”. (Vechi, 2004, p. 493). A esse movimento se associaram usuários da Saúde Mental e seus familiares. Nessa nova perspectiva, não se trata apenas de questionar as instituições asilares, mas o

²⁴ Esse movimento teve, como maior expoente, Franco Basaglia, quando, em Trieste, propõe uma reforma da psiquiatria, por meio da “desmontagem” dos Hospitais Psiquiátricos. Como assinala Ribeiro (2009), “a Psiquiatria Democrática Italiana conseguiu sancionar em 1978 a Lei 180, que determinava o gradual fechamento dos manicômios e a criação de serviços substitutos capazes de garantir a continuidade do tratamento fora dos muros hospitalares” (p. 25).

próprio discurso científico construído em torno da loucura. Configurou-se, assim, “o Movimento de Luta Antimanicomial da atualidade, contra-hegemônico, que reclama pela Reforma Psiquiátrica” (Silva; Barros; Oliveira, 2002, p. 6).

A forma como as políticas de Saúde Mental estão organizadas hoje no país está diretamente relacionada à Reforma Psiquiátrica decorrente da Luta Antimanicomial. Evidentemente, não se trata, aqui, de descrever a Política de Saúde Mental adotada no país; e isso por várias razões, desde as de ordem prática, até aquelas ligadas aos objetivos propostos por esta tese. Nossa intenção é a de destacar a emergência de alguns dos principais dispositivos da Saúde Mental, de modo a permitir a análise dos limites e/ou possibilidades de articulação desse campo com o da Saúde do Trabalhador.

Uma das importantes estratégias de desinstitucionalização do louco, em nosso país, foi a criação do Programa “De Volta para Casa” um dos pioneiros nesse processo, associado à política para lidar com o problema do álcool e outras drogas. Outro fato importante foi a realização do primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, realizado em São Paulo, que reuniu cerca de dois mil trabalhadores e usuários de CAPS (Brasil, 2005). Esses eventos assinalam a transição de um modelo centrado no hospital para um modelo de atenção comunitário, sendo que o período se caracteriza

por dois movimentos simultâneos: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, por um lado, e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes, por outro. É neste período que a Reforma Psiquiátrica se consolida como política oficial do governo federal. (Brasil, 2005, p. 9).

Assim, passa a se configurar como estratégia permanente da nova estrutura da Saúde Mental, no país, constituindo-se como parte das políticas públicas em Saúde Mental, a progressiva redução de leitos e a conseqüente expansão de serviços substitutivos.

O Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH), assim como a instituição do Programa de Volta para Casa e a expansão de serviços como os Centros de Atenção Psicossocial e as Residências Terapêuticas, vem permitindo a redução de milhares de leitos psiquiátricos no país e o fechamento de vários hospitais psiquiátricos (Brasil, 2005, p. 13-4).

Também como parte do processo de desinstitucionalização, as Residências Terapêuticas surgem como equipamentos fundamentais, compostos por “casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos ou não” (Brasil, 2005, p. 15).

Igualmente importante é o já citado Programa de Volta para Casa, considerado “um dos instrumentos mais efetivos para a reintegração das pessoas com longo histórico de hospitalização” (Brasil, 2005, p. 17). Por meio de um auxílio financeiro mensal aos beneficiários, busca-se a reabilitação psicossocial “num processo fundamental de inclusão social e garantia dos direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais” (*idem*, p. 18).

Outro dispositivo que tem surgido em alguns municípios do país são os Centros de Convivência e Cultura, que

são dispositivos públicos que compõem a rede de atenção substitutiva em saúde mental e que oferecem às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção cultural e intervenção na cidade. Estes Centros, através da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade, facilitam a construção de laços sociais e a inclusão das pessoas com transtornos mentais (Brasil, 2005, p. 38).

Ainda como parte das estratégias de desinstitucionalização, há o Programa de Inclusão pelo Trabalho, sendo este considerado um importante “instrumento de inclusão social dos usuários dos serviços” (*Idem*, p. 36). A ideia é que sejam articuladas as práticas às iniciativas da Economia Solidária.

A Economia Solidária, hoje política oficial do Ministério do Trabalho e Emprego, é um movimento organizado de resposta à exclusão por gênero, raça, idade, estilo de vida e instrução, entre outros fatores, das pessoas do campo do trabalho. (...) Como horizonte da Economia Solidária está a instauração da solidariedade como norma social e a construção de empreendimentos coletivos e autogestionários como resposta à exclusão do mercado. É através de um diálogo permanente entre os campos da saúde mental e da economia solidária que o Programa de Inclusão Social pelo Trabalho das pessoas com transtornos mentais e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas começa a ser delineado (Brasil, 2005, p. 37).

A proposta é que todos esses dispositivos funcionem “em rede”, juntamente com os demais serviços de saúde. Ou seja, “a rede de atenção à saúde mental brasileira é parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), rede organizada de ações e serviços públicos de saúde, instituída no Brasil por Lei Federal na década

de 90” (Brasil, 2005, p. 24). Na organização dessa rede, o CAPS ocupa papel fundamental.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É o surgimento destes serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersectoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território (Brasil, 2005, p. 27).

A figura seguinte ilustra o que seria a “Rede de Atenção à Saúde Mental”

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL



Fonte: Brasil, 2005, p. 26

Dessa forma, além de ser o dispositivo de acolhimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, os CAPS funcionam como o polo articulador dos demais dispositivos da rede, quando a questão envolvida é relativa à Saúde Mental, inclusive dando apoio matricial à Atenção Básica. Esse apoio consiste em “arranjo organizacional que viabiliza o suporte técnico em áreas específicas para as equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde” (Brasil, 2005, p. 33).

Os CAPS são classificados em CAPS I, II e III, tendo cada um deles sua especificidade. O que marcará a diferença desses serviços entre si é o número de cidadãos que ele abrange, pois esse número é que determinará o funcionamento do serviço referente ao horário e número de trabalhadores. O Ministério da Saúde classifica os CAPS da seguinte forma: o CAPS I funciona de segunda a sexta, atendendo entre 20 e 70.000 mil habitantes. Os CAPS II abrangem uma população de até 200.000 mil habitantes, e também funcionam de segunda a sexta de 8 às 18 horas. O CAPSi é destinado à população infantojuvenil e se enquadra na descrição acima, pois o funcionamento do mesmo está condicionado ao contingente populacional do município. O CAPS AD, voltado para o atendimento de usuários de álcool e outras drogas, é instalado quando o município tiver uma população igual ou superior a 100.000 habitantes, tendo seu funcionamento semelhante aos outros dispositivos citados acima. Por fim, o CAPS III é implantado quando a população for igual ou superior a 200.000 habitantes, mas funciona atendendo às urgências, podendo ter permanência dia e noite dos seus pacientes (Brasil, 2005).

CAPÍTULO 3 – O CAMPO DA PESQUISA: SAÚDE MENTAL & TRABALHO NO SUS BETIM

3.1 – A Saúde do Trabalhador em Betim

Em Betim, o desenvolvimento das ações em Saúde do Trabalhador teve início em 1994, quando da “implantação de um cuidado diferenciado aos trabalhadores na rede de serviços de saúde [do município]” (Almeida; Reis, 2013, p. 256), o que foi feito por um grupo formado por um médico, um engenheiro de segurança do trabalho, uma enfermeira do trabalho e um técnico de segurança do trabalho. Esse grupo era ligado à Vigilância Sanitária e tinha o “objetivo inicial de realizar inspeções nos ambientes de trabalho” (*idem*). A partir de demandas provindas do movimento sindical, sobretudo do Sindicato dos Metalúrgicos da região, foram ampliadas as ações, culminando, em 1995, com “a criação do Serviço de Referência em Saúde do Trabalhador (SERSAT), abrangendo também a assistência aos trabalhadores” (*idem*, p. 256).

É importante assinalar que, nesse período, os trabalhadores encaminhados, principalmente pelos sindicatos, eram atendidos pelo SERSAT, mas sem haver “fluxos com outros serviços da rede, o que demonstra que as ações de Saúde do Trabalhador permaneciam à margem do SUS” (Almeida; Reis, 2013, p. 256). Essa situação se manteve por alguns anos, mesmo com a criação da RENAST, em 2002, o que fez com que o SERSAT fosse habilitado como CEREST regional (Almeida; Reis, 2013). Desde então, com a habilitação do CEREST pelo Ministério da Saúde através da Portaria GM/MS Nº 994/2002, o município passou a receber recurso específico para financiar as ações de saúde do trabalhador desenvolvidas no SUS (Dias *et al.*, 2009). Com isso, o CEREST, sendo regional, tornou-se responsável também pelo desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador nos municípios da microrregião de Betim, composta pelos municípios de Betim, Brumadinho, Crucilândia, Esmeraldas, Florestal, Igarapé, Juatuba, Mário Campos, Mateus Leme, Piedade dos Gerais, Rio Manso e São Joaquim de Bicas. A definição desses municípios se deve ao fato de que,

na organização da Rede de Serviços de Saúde definida pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR) de Minas Gerais, o Município de Betim desempenha o papel de cidade pólo para a Microrregião na Macrorregião Centro, ofertando serviços de saúde de média e alta complexidade (Almeida, 2011, s/p).

Embora a Saúde do Trabalhador em Betim tenha sido formalmente criada em 1995, os passos dados para a real inserção de suas ações no SUS com o suporte do CEREST Betim começam a ser dados efetivamente em 2007, quando a Coordenação Estadual de Saúde do Trabalhador (CAIST-MG) solicita que o município indique um profissional desse serviço para ser Referência Técnica em Saúde do Trabalhador. A participação desse profissional em reuniões periódicas com referências técnicas de outros programas de saúde, como, por exemplo, a Saúde do Adulto, Saúde da Mulher, Saúde Mental dentre outros, vai fomentando a discussão, junto à equipe do serviço, sobre o lugar do CEREST na rede SUS. Esse envolvimento com os demais programas propicia a ampliação do “conhecimento sobre a rede SUS, seus fluxos, linhas de cuidado e estratégias utilizadas junto às equipes das unidades básicas, o que deu maior visibilidade às questões de saúde relacionadas ao trabalho” (Almeida; Reis, 2013, p. 256).

Se até esse período a atuação do CEREST era estritamente assistencial, sem articulação com os demais pontos de atenção da rede SUS Betim, nesse processo de redefinição do papel desse serviço, que passa a ser estimulador e suporte no desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador, “o grande salto dado pela equipe do CEREST Betim foi a compreensão de que o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador não era uma atribuição apenas do CEREST, mas de todos os pontos da rede SUS Betim, conforme proposta da RENAST” (Almeida; Reis, 2013, p. 256). As autoras ressaltam:

Além dessa nova reestruturação da gestão da saúde do trabalhador no SUS Betim, o município passou a ter, a partir de 2007, ações de saúde do trabalhador contempladas nos Planos Municipais de Saúde, nas Programações Anuais e nos Relatórios de Gestão, estratégias fundamentais para garantir a execução dessas ações (Almeida; Reis, 2013, p. 257).

Outro aspecto que favoreceu o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador no SUS Betim foi o estabelecimento da parceria entre o CEREST e a Universidade Federal de Minas Gerais. Assim, convém destacar que, de agosto de

2008 a dezembro de 2012, Betim foi um dos municípios envolvidos em um estudo que

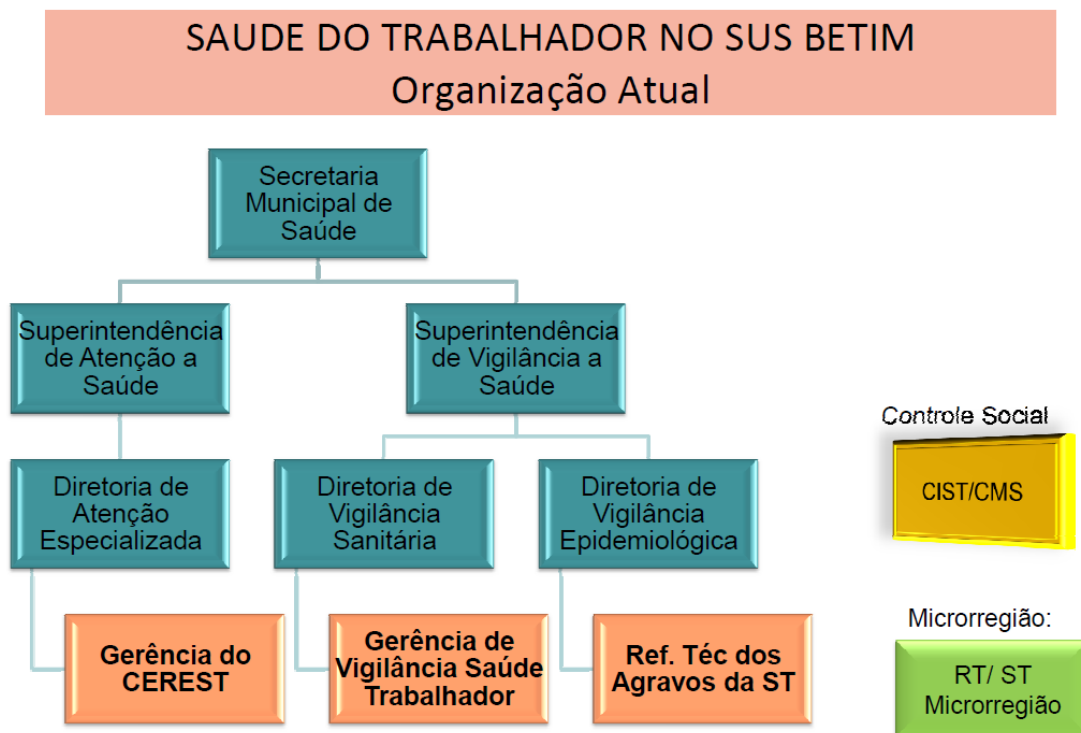
foi encomendado a pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais, pela Área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde (Coordenação Geral de Vigilância da Saúde do Trabalhador – CGSAT/DSAST/SVS) com a finalidade de subsidiar o desenvolvimento de políticas e ações de saúde do trabalhador na APS, tendo por referência a estratégia da RENAST (Dias; Silva, 2012, p. 12-3).

Uma das etapas desse estudo teve “como objeto a qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde para a implementação de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica” (Silva, 2009, p. 18), no município de Betim, sendo o seu principal objetivo “contribuir para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica em Saúde, por meio da qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde” (Silva, 2009, p. 20), sendo tal estudo feito por intermédio do CEREST Betim.

Esse fato revela o quanto esse serviço tem primado pelas estratégias de integração da Saúde do Trabalhador na rede, em que é possível perceber um claro “movimento de aproximação entre o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Betim e a rede básica de saúde do município” (Silva, 2009, p. 19).

Essa parceria entre o CEREST Betim e a Universidade Federal de Minas Gerais favoreceu a análise e o entendimento, por parte dos técnicos, sobre o papel desse serviço e a organização e análise dos resultados advindos das ações desenvolvidas junto à rede SUS.

Para dar conta dessas ações, em termos de estrutura organizativa, a Saúde do Trabalhador, no município de Betim, até 2011, caracterizava-se da seguinte forma:



Fonte: Almeida, 2011.

Atualmente, o CEREST Betim possui uma equipe multiprofissional, constituída

por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais, que desenvolvem ações de promoção, prevenção, assistência ao trabalhador portador de agravos relacionados ao trabalho, educação em saúde, além de ações de vigilância em saúde do trabalhador em parceria com a vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental” (Silva *et al.*, 2011, p. 16).

Orientados pelas diretrizes estabelecidas pela Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST, o CEREST Betim realiza suas ações que se enquadram em três frentes de atuação: assistência, vigilância e educação em saúde do trabalhador. A assistência à saúde engloba as práticas voltadas ao atendimento dos usuários com suspeita de doenças ou acidentes relacionados ao trabalho. De acordo com a gerente do serviço, essas práticas consistem em

atender, identificar o que é uma doença do trabalho, fazer as orientações previdenciárias e trabalhistas adequadas, notificar no sistema de informações do SUS, notificar, que é o SINAN

[Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação], emitir a CAT se necessário e fazer o encaminhamento adequado para ele [trabalhador]" (Gerente CEREST)²⁵.

Por vigilância em saúde do trabalhador, compreendem-se as ações realizadas nos ambientes de trabalho para avaliar não só as condições de saúde e segurança a que os trabalhadores estão submetidos -- além de realizar o levantamento do perfil produtivo da população --, bem como os agravos à saúde dos trabalhadores, com o objetivo de planejar estratégias de prevenção a esses agravos. Assim,

as ações de vigilância seriam receber os agravos [por meio das notificações] (...) e baseado nas notificações [conhecer] o perfil de adoecimento e morte dos trabalhadores do município, e, juntamente com perfil produtivo do município, desenvolver ações de vigilância para prevenir novos adoecimentos e novos acidentes (Gerente do CEREST).

Por fim, há as ações de educação, que consistem em estratégias de formação dos trabalhadores da rede SUS para que estejam aptos a lidar com os problemas de saúde relacionados ao trabalho. Em Betim, isso significa “capacitar os profissionais de saúde, tanto do SUS do município quanto do SUS da microrregião” (Gerente do CEREST). Com relação a essa última frente de ação citada, convém destacar o “matriciamento”, ou “apoio matricial”, que é

uma metodologia de trabalho que visa assegurar retaguarda especializada, através de suporte técnico em áreas específicas, tanto em nível assistencial quanto técnico-pedagógico, às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população (Lazarino, 2010, p. 07).

Por meio dessa estratégia, busca-se organizar o fluxo de usuários/trabalhadores na rede de saúde, substituindo a lógica de encaminhamentos. O que se pretende é que os profissionais da atenção primária possuam suporte técnico especializado que os torne aptos a atenderem aos usuários portadores de doenças ou vítimas de acidentes relacionados ao trabalho, mas que podem ser resolvidos na própria atenção primária; e, nos casos mais complexos, que possam encaminhá-los para os serviços especializados. Entretanto, cabe aos profissionais dos serviços especializados – nesse caso o próprio CEREST – na condição de “matriciadores”, se deslocarem até os serviços da atenção primária para fornecerem o suporte

²⁵ Entrevista realizada com a profissional responsável pelo gerenciamento do serviço à época da coleta de dados.

necessário às equipes de referência, permitindo-lhes resolver os problemas apresentados pelos usuários. Dessa forma,

o contato entre matriciadores e equipe de referência deverá ser combinado entre as partes, considerando encontros periódicos e regulares. Nesses encontros, deverão ser discutidos os casos ou problemas de saúde selecionados pela equipe de referência, elaborando os projetos terapêuticos e acordando as linhas de intervenção para os vários profissionais envolvidos. Além das discussões de casos é importante, nos encontros entre as equipes, o diálogo sobre temas clínicos, de saúde coletiva ou de gestão do sistema (Lazarino, 2010, p. 17).

De acordo com a gerente do CEREST Betim, no caso específico desse serviço,

é o profissional do CEREST [que deve] se deslocar até o local, discutir os casos com os profissionais, auxiliar na condução do caso. Então não é ser um suporte técnico só, agora é fazer uma ação conjunta, matriciada mesmo dos casos. Esse é o melhor e o mais importante papel. Então, não é centralizar todos os atendimentos no CEREST. Muito pelo contrário é descentralizar todas as ações de saúde do trabalhador no SUS (Gerente do CEREST).

Dessa forma, em consonância com as diretrizes estabelecidas para o funcionamento do CEREST, em Betim passou a haver um movimento de formação da rede, voltada para questões relativas à saúde do trabalhador. Assim, como assinala a gerente do serviço, essa iniciativa já vinha sendo apontada na X Conferência Municipal de Saúde de Betim, ocorrida em 2009. Nessa conferência, houve

18 ações de saúde do trabalhador aprovadas (...), juntamente com qualquer outra ação: a ação da saúde mental.... então deixou de ser este serviço paralelo. porque ficava... confundia muito; ficava parecendo um serviço privado, né? e não é este o objetivo. essa perspectiva então do CEREST de se tornar matriciador da saúde do trabalhador em rede... hoje a gente vive um momento maravilhoso, que é desenvolver as ações da saúde do trabalhador na atenção básica... eu participo deste projeto de pesquisa... nós já nos reunimos duas vezes com o Ministério da Saúde... (Gerente do CEREST)²⁶.

Ainda de acordo com a gerente, as ações precisam ser planejadas com vistas a atender à saúde dos trabalhadores, sendo que, nesse processo, há a necessidade de conjugação de esforços entre

²⁶ Dados obtidos por meio de entrevista.

a Coordenação Nacional de Saúde do Trabalhador com a Coordenação Nacional da Atenção Básica... E aí nós vamos ver o que precisa de inserir na atenção básica para [ela] dar conta de identificar doenças e acidentes do trabalho que já são atendidos; os trabalhadores são todos atendidos [pela atenção básica]; o único problema é que não se identifica se é do trabalho ou não. Com isso, a conduta é diferenciada (Gerente do CEREST).

Conforme assinalam Almeida e Reis, em Betim, “o CEREST iniciou o matriciamento em Saúde do Trabalhador para a APS [atenção primária à saúde] em janeiro de 2012” (Almeida; Reis, 2013, p. 266). Essa iniciativa se deveu ao fato de o serviço ter optado por seguir as diretrizes da RENAST, que considera, conforme já discutido anteriormente, os CEREST como polos irradiadores da Saúde do Trabalhador. Por ser a atenção primária uma das principais “portas de entrada” da rede SUS e “ordenadora das linhas de cuidado” (Almeida; Reis, 2013, p. 255), os profissionais do serviço entenderam ser esse o ponto de partida para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador no SUS Betim.

Cabe assinalar que as ações de formação adotadas pelo CEREST Betim não se resumem em capacitar, via matriciamento, os profissionais da atenção primária do município. As chamadas “Rodas de Conversa” também constituem uma estratégia de formação, mas com vistas não só a capacitar os profissionais do próprio CEREST para lidarem com os problemas de saúde apresentados pelos trabalhadores, como também planejar ações de prevenção de acidentes e agravos à saúde. Essa estratégia consiste em discussão de temas que mantêm algum tipo de relação com a saúde do trabalhador. Assim, um profissional, que pode ser do próprio serviço ou externo a ele, é convidado a apresentar o tema, o qual é discutido posteriormente com toda a equipe do CEREST.

As ações do CEREST envolvem a vigilância, a formação e a assistência em saúde. Tal assistência contempla trabalhadores – formais, informais, do setor ou privado –, que chegam a esse serviço provindo de vários lugares, como sindicatos, unidades básicas de saúde, serviços de urgência/emergência. O CEREST, que atende, também, à procura espontânea, presta acolhimento verificando se a queixa apresentada pelo usuário está relacionada ao trabalho e, dependendo do caso, procede-se às orientações sobre direitos trabalhistas e adotam-se os procedimentos necessários para o atendimento do trabalhador (consultas, exames, etc.).

Além disso, suas ações abrangem, ainda, as empresas, por meio das práticas de vigilância, e também os profissionais da rede, por meio das estratégias de formação, como já discutido antes.

3.1.1 – O serviço de psicologia do CEREST Betim

É importante assinalar que, até o início de 2010, o CEREST de Betim não dispunha de um serviço de psicologia. Embora a questão da saúde mental e trabalho já fosse um problema observado pelos demais profissionais, foi a partir da contratação de uma psicóloga que essas questões começaram a ser sistematicamente tratadas no serviço, fazendo surgir vários questionamentos, principalmente aqueles ligados ao tipo de serviço a ser oferecido aos trabalhadores. Sobre os problemas que apareciam no serviço e que pareciam demandar uma abordagem mais próxima à psicologia, um dos médicos afirmou:

Então, era uma necessidade que tinha, o psicólogo tinha que vir para complementar essa abordagem, a gente tentando entender essa questão. De início, essa questão era de sofrimento mental das pessoas, não porque chegava gente adoecida mentalmente pelo trabalho; até vinha um pouco; não existia referência; aliás, não existia nem a atenção do pessoal da saúde mental para isso... “Pra onde eu vou encaminhar?”, “O que que eu faço?”; nem isso tinha. Então, assim, saúde mental relacionado ao trabalho é outra coisa que a gente não abordava (Médico do CEREST)²⁷

Na ausência de parâmetros sobre o lugar da psicologia dentro de um CEREST, o médico reconheceu a dificuldade em se definir, com mais clareza, qual seria o papel da psicóloga contratada para atuar no serviço:

Então, quando chega dentro do CEREST a psicóloga, foi muito interessante, é muito interessante porque ela chega sem ter ideia nenhuma do que seria exatamente a função dela ali, sabendo que existia algo fundamental para acontecer. Ao mesmo tempo, nós também não sabemos, não temos nenhuma ideia de como fazer, o quê que seria realmente demandado para a psicologia, o que não seria; nenhuma ideia assim muito clara (Médico do CEREST).

²⁷ As falas dos profissionais do CEREST aqui citadas foram obtidas por meio de entrevistas individuais e/ou coletivas realizadas nesse serviço.

Foi quando da chegada da psicóloga no serviço que iniciamos nossa pesquisa no CEREST, e essas questões foram objeto de investigação na análise do seu trabalho, conforme descreveremos no capítulo sobre a metodologia. Nesse sentido, tivemos a oportunidade de acompanhar o serviço de psicologia do CEREST, do início de sua implantação, em fevereiro de 2010, aos dias atuais. E, se insistimos em nos debruçar mais sobre o trabalho desenvolvido por essa profissional, é porque compreendemos que ele representa um aspecto essencial para entendermos a inserção das ações de saúde mental e trabalho no âmbito do SUS Betim, conforme pretendemos explorar mais adiante.

As iniciar suas atividades, a psicóloga pretendia desenvolver o serviço nos “três eixos” de trabalho, conforme as diretrizes do CEREST como um todo: assistência, vigilância e educação. Na época, como ela mesma assinalava:

Eu to engatinhando nessas todas; talvez, a que eu menos tenho feito ação é a de vigilância. De assistência, tem os atendimentos individuais e grupais. E em ambos, tanto nos atendimentos individuais, quanto grupais, a gente tá construindo mesmo o modelo. Talvez, no grupo, haja mais experiências, mais coisas pra ler, não é? Até a própria cartilha do CRP fala das oficinas informativo-terapêuticas... (Psicóloga do CEREST).

A psicóloga se refere, aqui, a uma publicação feita pelo Conselho Federal de Psicologia, que discute a atuação do psicólogo no CEREST, onde se dá ênfase às atividades desenvolvidas com grupos de trabalhadores.

Ao falar sobre os trabalhos em grupos existentes no CEREST de Betim, a psicóloga comenta:

Aqui já existiam grupos de gerenciamento de dor (...) e aí eu tenho entrado nesses grupos; a gente também tem reformulado algumas coisas. Eu acho que tem sido uma coisa que tem dado prazer; prazer até porque há um diálogo, né? É um trabalho de fato interdisciplinar, isso é muito bacana; praticamente dessas três profissões: psicologia, terapia ocupacional e fisioterapia (Psicóloga do CEREST).

Quanto a outras modalidades de atendimento, ela se refere aos atendimentos clínicos individuais, dizendo da ausência de parâmetros que pudessem orientá-la na condução dos casos.

Com relação às práticas voltadas à educação em saúde do trabalhador, ela informa que, à época, estava participando de uma pesquisa em parceria com a PUC,

ação ligada ao projeto Pró-Saúde, financiado pelo Ministério da Saúde. O objetivo dessa pesquisa era

entender como os profissionais abordam a relação trabalho e saúde, isso no equipamento de atenção primária [em] uma UBS, no CERSAM, que seria um equipamento especializado em saúde mental, e algum núcleo do NASF, que é um núcleo de atenção à família, que a gente ainda não escolheu (Psicóloga do CEREST).

Ainda nessa perspectiva de atuação, a psicóloga acrescenta que

faz parte aqui do trabalho do CEREST capacitar a própria rede em saúde do trabalhador. Esse trabalho já é feito de forma regular, desde o ano passado... o pessoal já foi em praticamente todas as UBS, mas em nenhum equipamento da saúde mental. Então, assim, isso é uma tarefa específica minha, né? da psicologia, fazer esse diálogo com o pessoal que trabalha em saúde mental; isso, em Betim e nas doze cidades que fazem parte da nossa região (Psicóloga do CEREST).

Essa é uma das frentes de ação que consideramos digna de nota, pois, conforme pretendemos discutir mais adiante, ela representa um dos principais esforços de integração dos diversos dispositivos do SUS Betim entre si.

A propósito dessas ações, a psicóloga tinha em mente que um dos seus pontos essenciais dizia respeito à natureza do serviço que estava sendo implantando: público-alvo, modalidades de atendimento, relacionamento com os demais dispositivos do SUS Betim, etc.

Uma questão que eu tenho me perguntado muito seria em como pensar saúde mental e trabalho na atenção primária e na atenção secundária, né? Porque eu entendo que para o CEREST devam ser encaminhados os casos considerados de atenção secundária, já que é um centro de especialidade (...) Mas há ações na atenção primária que devem ser matriciadas por nós [e], assim, ter acompanhamento nosso para a própria equipe da ponta (Psicóloga do CEREST).

Além dessas atividades desenvolvidas, desde que entrou no serviço, a psicóloga passou a participar das reuniões de equipe, que acontecem semanalmente no CEREST. É importante lembrar que, nessas reuniões, além de questões administrativas e da formação, também são discutidos casos atendidos pelos diversos profissionais do serviço.

Alguns dos resultados de suas ações serão analisados mais adiante. Por ora, vale destacar as implicações da sua entrada no CEREST junto à própria equipe do

serviço. Um dos médicos do serviço assinala, por exemplo, que a entrada da psicóloga propiciou a discussão de casos envolvendo a saúde mental e o trabalho, o que trouxe, como decorrência, uma ampliação da visão do problema por todos os profissionais da equipe.

Então, assim, essas coisas que começaram a surgir muito claro pra gente aqui, então nesse ponto enriqueceu demais; eu não consigo imaginar a saúde do trabalhador sem a abordagem da saúde mental; até mesmo em casos isolados. Mas o principal é definindo condutas, estratégias, teorias, diretrizes do serviço, abordagens (Médico do CEREST).

Esse mesmo médico avalia:

Então, só a partir da discussão de caso mesmo. Na verdade, a construção da saúde mental na saúde do trabalhador, aqui, ela vem junto com a construção de um inquirimento de saúde mental da equipe inteira (...) Agora, isso interfere diretamente em todos nós, mesmo no acolhimento; então, todo mundo pensa, de alguma forma, pensa em saúde mental, e não é de forma rasa, não (Médico do CEREST).

Para ele, a possibilidade de ter profissionais da saúde mental atuando no serviço

amplia o campo de visão nosso sobre os fatores de adoecimento, sobre os fatores da organização do trabalho (Médico do CEREST).

Também uma das fonoaudiólogas do serviço assinala a importância de se ter profissionais da saúde mental compondo a equipe. Ela declara que

percebia sim essa necessidade de ter um profissional (...) acho que dá um certo conforto de ter alguém da saúde mental aqui, que lida com o atendimento da saúde do trabalhador (Fonoaudióloga do CEREST).

Até ao final da coleta de dados de nossa pesquisa, o CEREST Betim contava com duas psicólogas compondo a equipe de trabalho e desenvolvendo atividades relacionadas à assistência, educação e vigilância, que são os três eixos de atuação que balizam as ações do serviço. Quanto à assistência, essa ação engloba a avaliação de pacientes que chegam ao serviço com suspeita de problemas mentais relacionados ao trabalho e os atendimentos em grupos. Essa é a modalidade de

tratamento mantida pelo serviço, já que, nos casos individuais, a tendência é, após a avaliação, reencaminhá-los à rede quando se verifica a necessidade de psicoterapia, mantendo no serviço apenas os casos que demandam atenção especializada. Como explica uma das psicólogas do serviço,

a gente organizou três modalidades de grupos pra esses que foram avaliados, quem tem uma relação com o trabalho. A gente entende que, se ele tiver a necessidade de fazer um acompanhamento de terapia, ou mesmo de psiquiatria, ele será encaminhado para a saúde mental, e a gente vai compartilhar o caso. (...) E aqui no CEREST, com os grupos, a ideia é focar na questão do trabalho, na elaboração desse conflito com o trabalho, no entendimento de “porque eu adoeci pelo trabalho”, “o sentido do trabalho pra minha vida” e como retornar ao trabalho, se naquele mesmo ou em outro (Psicóloga CEREST).

Os outros dois grupos de atendimento a que se refere a psicóloga são: o grupo de orientação profissional, com proposta de retorno ao trabalho, e o grupo de acompanhamento de pacientes com quadros ansiosos decorrentes de adoecimentos físicos ou acidentes de trabalho. Eles são conduzidos com a participação dos profissionais da fisioterapia e terapia ocupacional.

A educação em saúde do trabalho se volta para a capacitação dos profissionais da rede e também para a divulgação à população de informações sobre saúde mental e trabalho. As psicólogas realizam visitas aos diversos dispositivos do SUS Betim, adotando, entre outras estratégias, o matriciamento, além de promoverem eventos relativos ao tema.

Aas ações voltadas à vigilância epidemiológica são o grande desafio enfrentado pelo setor de psicologia, sendo um dos problemas desse setor a necessidade de aumentar o número de notificações no SINAN dos casos relativos à saúde mental. Outra dificuldade diz respeito à vigilância nos espaços de trabalho, como explica a psicóloga:

A gente se disponibilizou pra, junto com a vigilância em saúde do trabalhador, que está dentro da sanitária, criar formas pra fazer essa vigilância nos casos de saúde mental. Até o momento, o que acontece é que eu tenho feito solicitações pra vigilância, e, na maioria dos casos, eles têm me devolvido os casos dizendo: “Não há o que fazer”. (...) O fato é que a vigilância em saúde do trabalhador que existe, ela está muito mais focada nos aspectos mecânicos, físicos e químicos do ambiente de trabalho (Psicóloga CEREST).

Com base nas informações, podemos afirmar que o serviço de psicologia do CEREST Betim, apesar de recente, tem adotado estratégias que procuram avançar

na direção da inserção de ações de saúde mental e trabalho no SUS Betim. Veremos, mais adiante, o quanto essas ações têm possibilitado, em certa medida, mas não sem dificuldades, a integração dos dispositivos do SUS desse município.

3.2 – A rede de Saúde Mental em Betim

Betim nunca possuiu um hospital que atendesse à demanda psiquiátrica do município e região. Por esse motivo, antes da instalação dos serviços substitutivos na cidade, oficialmente em 1994, os pacientes eram encaminhados para os hospitais psiquiátricos de Belo Horizonte, Galba Veloso e Instituto Raul Soares, mas sem critério clínico psiquiátrico. No ano de 1993, por exemplo, Belo Horizonte chegou a realizar 1521 procedimentos com pacientes provenientes de Betim. Dentre esses procedimentos, destacam-se: consultas, internações e consultas ambulatoriais, que eram feitas em hospitais psiquiátricos públicos ou conveniados (Nunes, 2009).

Apesar de o serviço de saúde mental em Betim ter sido inaugurado no ano de 1994, conforme assinalado acima, encontramos, em documentos produzidos por profissionais da saúde do município, relatos de um primeiro serviço dessa natureza que teve seu início no ano de 1985. Assim, na ausência de um serviço psiquiátrico “convencional” em Betim, os trabalhadores da saúde eram desafiados a acolher as demandas psiquiátricas.

Nessa época, a cidade contava apenas com uma psiquiatra e uma assistente social que fizeram o levantamento da situação da saúde mental por meio de visitas às unidades de saúde, vindo a concluir que havia uma grande demanda para esse tipo de serviço e que o mesmo tinha urgência em ser implantado e expandido para todo o município.

Dada a falta de um lugar para realizar os atendimentos aos usuários da saúde mental, o serviço foi provisoriamente implantado na Unidade de Saúde Alcides Braz, local onde funcionou por pouco tempo, devido à insatisfação da equipe médica que atuava ali: os profissionais enfrentavam dificuldades com a aceitação desse novo serviço na cidade conforme relata a assistente social:

Como a gente tinha feito reunião nas unidades de saúde pra falar de saúde mental, eles começaram a encaminhar pra gente, e incomodou a equipe médica do Alcides Braz a chegada do paciente de saúde mental. Eles ficaram incomodados: “Mas espera aí, eles são doidos”, “como é que vocês vão atender aqui doido?”, e a gente: “Não! É saúde mental. Não existe mais, não tem mais doido” (...) Aí chegou a M: “Aí, nós vamos ter que mudar isso aqui; como que nós vamos ficar aqui?” Não tinha mais escala, não tinha mais horário, foi difícil. E aí a gente lembrou que o Betim Central era uma casa do Estado abandonada. Com a cara e a coragem, como a M fala que ela faz, a gente foi pra lá e abriu a casa, limpou a casa e começou atender (Assistente social CERSAM Betim Central)²⁸.

Após a mudança, o serviço começou a funcionar no novo endereço, mas ainda de forma muito precária, pois contava apenas com uma equipe mínima que não conseguia atender a toda a demanda do município. Dessa forma, as internações em Belo Horizonte continuaram sendo realizadas, o que mudaria com a nova política de saúde do país, que foi implantada em 1988. Entretanto, levou algum tempo até que Betim pudesse contar apenas com os seus próprios serviços de saúde mental. Conforme lembra o gerente do serviço,

como Betim nunca teve hospital psiquiátrico, então a gente teve que começar do ponto zero, né? que era simplesmente abrir esse acolhimento pros pacientes da urgência, e a nossa, na verdade aquilo que a gente tinha como um desafio mesmo era prescindir do hospital psiquiátrico. Naquela época, ainda encaminhava-se muito pra Belo Horizonte; as próprias famílias encaminhavam sempre pra BH, pro Galba, pro Raul, e os próprios serviços de saúde mental também. Então, o objetivo, o que a gente perseguiu mesmo era isso: zerar as internações psiquiátricas e prescindir do hospital, né? (Gerente CERSAM Betim Central).

Assim, em 1994, foi formalizado esse serviço no município, seguindo a proposta do Estado, que já havia adotado os preceitos da luta **Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica**, que repudiavam a institucionalização e a violência contra o louco, conforme já assinalamos em item anterior. Nessa época,

a luta antimanicomial tava... tava no auge da reforma psiquiátrica; as discussões eram muito acaloradas; tinha muita resistência ao modelo manicomial, ao modelo hospitalar. Então, assim, tinha muita resistência dos próprios profissionais da saúde mental [ao modelo manicomial]. Então, isso tava muito quente; era muito bacana a intensidade em que os eventos aconteciam, que os desdobramentos da luta antimanicomial aconteciam; a própria produção teórica, tinha muita coisa sendo construída, escrita, pensada; quer dizer, tinha tudo pra se fazer (Gerente CERSAM Betim Central).

Foi neste contexto, portanto, que surgiu o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em Betim, denominado Centro de Referência em Saúde Mental

²⁸ As falas dos profissionais inseridas neste tópico se referem aos dados obtidos por meio de entrevistas.

– CERSAM Betim Central. Na avaliação do gerente do serviço, o fato de o município não possuir hospitais psiquiátricos, como já assinalamos acima, acabou sendo um fator favorável à criação desse primeiro dispositivo da saúde mental já dentro dos moldes da Reforma Psiquiátrica.

Porque, na verdade, a gente já não tinha estrutura hospitalar em Betim [e isso] era um ponto positivo, porque, você não tendo hospital, vai ser mais difícil encaminhar, né? (Gerente CERSAM Betim Central).

Também dois dos psicólogos do serviço assinalam, a esse respeito, que

a gente construiu uma rede substitutiva mesmo, né? Porque não tinha manicômio. Mas tinha as internações dos munícipes betinenses no hospital Galba Veloso e no hospital Raul Soares em Belo Horizonte (Psicóloga CERSAM Betim Central).

Betim naquele momento tinha uma posição de vanguarda, fazia-se uma clínica aqui extremamente instigante, interessante, né? E que vinha bem ao encontro do que se pensava na época (Psicólogo CERSAM Betim Central).

Com a implantação desse primeiro CAPS no município, surgiram, porém, novos desafios, pois esse serviço se caracterizava como CAPS II, ou seja, só atendia às demandas durante o dia, deixando a cidade sem um serviço de urgência. Assim, a cidade ainda se via diante de um problema bastante complexo, pois, mesmo implantando um CAPS, ainda continuava a destinar os casos graves para o hospital psiquiátrico do estado localizado na capital. Isso era muito prejudicial para os usuários desse serviço, pois o estado internava esses pacientes, separando-os da família e do convívio social, apesar de a capital também contar nessa época com um CAPS.

Dessa forma, três anos após sua abertura, o CERSAM Betim Central passou a se configurar como um CAPS III, acolhendo os pacientes em regime de “Hospitalidade Noturna (HN) e, em seguida, com a presença do trabalho 24 horas do psiquiatra” (Silva, 2010, p, 39). Nesse período, ou seja, em 1997, a cidade presenciou a ampliação do serviço, que passou a contar com mais um CAPS II instalado no bairro Teresópolis e um CAPSi (destinado ao público infantojuvenil) que funcionava inicialmente nas mesmas dependências do CERSAM Betim Central.

Em 2006, a cidade passou a contar com mais um CERSAM (CAPS II), que foi construído no bairro Citrolândia. Além disso, nesse período a rede passou a dispor,

ainda, de duas residências terapêuticas e um centro de convivência. As residências terapêuticas são “casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos ou não” (Brasil, 2005, p. 15). Já os centros de convivência são compreendidos como “dispositivos públicos que compõem a rede de atenção substitutiva em saúde mental e que oferecem às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção cultural e intervenção na cidade” (*idem*, p. 38), conforme já descrevemos anteriormente.

Atualmente, o município conta com três CERSAM, um CERSAMI, um CAPS AD (álcool e outras drogas), um Centro de Convivência, além de manter serviços ambulatoriais em algumas Unidades Básicas de Saúde.

Na avaliação do gerente do CERSAM Betim Central,

hoje Betim tem uma situação que, se você parar para comparar, ela é privilegiada, porque tem dois CAPS III, atendendo 24 horas, com permanência dia e permanência noite, com uma equipe multidisciplinar, assim, completa, inclusive com profissionais, com profissional médico, tanto nos plantões noturnos, quanto nos diurnos. Então, isso é um avanço; tem muitos municípios que não têm psiquiatra todas as vezes na semana, nem durante o dia. Em Betim já têm dois CAPS funcionando 24 horas (Gerente CERSAM Betim Central).

Convém assinalar que o município de Betim se destaca no cenário nacional, sendo, muitas vezes, objeto de pesquisa ou servindo de exemplo para a implantação de modelos de assistência em saúde pública, tendo como um dos destaques a saúde mental. Esse serviço já foi reconhecido internacionalmente, sendo premiado e divulgado, ganhando assim visibilidade para além das fronteiras do Brasil. Van Stralen citado por Nunes (2009) relata que

a seleção do projeto de saúde mental de Betim [figurou] como um dos três representantes brasileiros na mostra de trabalhos e experiências no campo da reabilitação psicossocial, acontecido em Rotherdam, em abril de 1996, durante o Vth Congress World Association for Psychosocial Rehabilitation, e com a premiação do projeto com o prêmio Pi, oferecido pelo Instituto Phillipe Pinel do Rio de Janeiro, em outubro de 2000 (Van Stralen *apud* Nunes, 2009, p.117).

3.2.1 – CERSAM Betim Central

Conforme podemos observar pelo relato acima, o reconhecimento do serviço de saúde mental de Betim é fruto de uma política de humanização do tratamento do doente mental que os próprios trabalhadores desse setor, juntamente com o poder público, implantaram na cidade. E grande parte da responsabilidade pela tônica dada à saúde mental no município cabe ao CERSAM Betim Central, por ser esse o primeiro dispositivo a ser implantado, conforme já relatamos acima.

É importante destacar que esse serviço conta com um número de profissionais superior ao que é exigido pela Portaria 336/GM do Ministério da Saúde. Essa portaria determina que

a equipe técnica mínima para atuação no CAPS III, para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

a - 02 (dois) médicos psiquiatras;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental.

c-05 (cinco) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

d - 08 (oito) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão... (Brasil, 2002, p. 5)

No caso específico do CERSAM Betim Central, o serviço conta com uma equipe com cerca de cem profissionais, o que representa um fator a mais para torná-lo uma referência nacional e modelo de serviço em saúde mental. Conforme esclarece o gerente do CERSAM, os trabalhadores estão divididos nas seguintes especialidades e/ou funções:

guarda patrimonial, recepcionista, limpeza, 'profissional da copa' (quem serve a alimentação), técnicos de enfermagem, enfermeiros, psiquiatra, assistente social, terapeuta ocupacional, assistente administrativo, farmacêutico, auxiliares de farmácia, estagiário de farmácia, psicólogos, residentes e estagiários de psicologia (Gerente CERSAM Betim Central).

Vale assinalar que, mesmo os profissionais que não têm formação na área da saúde – como o pessoal da cozinha, portaria e limpeza –, já que são importantes

para a manutenção do serviço e como apoio no tratamento dos usuários nas dependências do CERSAM, são considerados como parte da equipe.

Esse serviço conta com um espaço físico que, ao longo do tempo, vem sendo adaptado às suas necessidades. Segundo Silva,

no início, era um pequeno Centro de Saúde e foi readaptado para o funcionamento do referido CAPS III. Em sua área física, há um andar superior, destinado ao ambulatório de pacientes estabilizados, quartos e banheiros para os trabalhadores plantonistas e área administrativa. Funciona em regime de “portas abertas” para o acolhimento das urgências noturnas e finais de semana da Rede de Saúde Mental de Betim e dos municípios que compõem a MICRO II (composta por 13 municípios) (Silva, 2010, p. 40).

Hoje, o que se constata é que, apesar da estrutura física ter sido ampliada e de ter havido um aumento do número de profissionais, o espaço físico e o tamanho da equipe não podem responder à demanda de serviço. Essa impossibilidade se explica pelo fato de o CERSAM Betim Central, assim como os outros CAPS do município, acolherem pacientes de outros municípios em virtude de um consórcio estabelecido entre Betim e doze municípios vizinhos. Esse convênio garante atendimento de urgência para aqueles que se encontram no entorno e não possuem rede de saúde mental própria, ou cuja rede é precária. Esse conjunto de municípios forma a

Micro [região] Betim, que são os municípios que têm um consórcio com Betim, e a gente é referência pro noturno e pro final de semana pra esses municípios que tem equipe de saúde mental durante o dia, mas não tem atendimento noturno nem no final de semana. Aí a gente é referência pra atendimento noturno e permanência noite, quando é o caso, e final de semana e feriado quando tem uma urgência pra atender (Gerente CERSAM).

Nessas situações, o CERSAM Betim Central e toda a rede de saúde mental do município respondem pelos casos.

Aí, a gente divide entre os CERSAM; são 12 municípios; alguns municípios são atendidos aqui no Betim Central, outros são atendidos, acho que 3 municípios, 4 municípios são atendidos no Teresópolis e 3 no Citrolândia. Aí, a gente faz essa divisão, e os casos que são do infantil, o CERSAMI atende todos, todos os 11 municípios e fora a população de Betim, que também é toda referenciada aqui, que é a urgência infanto-juvenil (Gerente CERSAM Betim Central).

O serviço acima mencionado não dispõe de um fluxo de atendimento previamente estabelecido, funcionando como um serviço de “portas abertas”, pois os usuários provêm de vários lugares, sendo atendidos, não apenas casos de demanda espontânea, como também aqueles que são levados por familiares, ambulâncias (SAMU), viaturas policiais e população em geral. Além disso, há os casos que são encaminhados pela rede de saúde, como unidades básicas de saúde, unidades de atendimento imediato, hospital e também casos encaminhados pela rede de Assistência Social. Uma demanda que tem sido frequente e especificamente direcionada ao CERSAM Betim Central é aquela relacionada à população carcerária. Somam-se a esses os casos que são encaminhados ao serviço por determinação judicial. Como assinala uma das enfermeiras do serviço quando se refere à demanda,

aqui é porta aberta. O povo fala que não é aberta não, é escancarada. Eles chegam de tudo quanto é jeito, eles chegam por demanda espontânea, chega porque a família traz, chega porque a polícia traz, SAMU, Corpo de Bombeiro (Enfermeira CERSAM Betim Central).

Na avaliação de um dos psicólogos do serviço, o fato de ele funcionar como “porta aberta”, não tendo um fluxo preestabelecido de atendimento, traz algumas implicações, inclusive no que diz respeito ao funcionamento do SUS como um todo, já que o acolhimento dos usuários do sistema de saúde deveria acontecer, prioritariamente, na atenção básica.

Apesar de não existir um caminho predeterminado para o atendimento, sendo cada caso atendido de acordo com sua especificidade, parece haver alguns procedimentos típicos, como o acolhimento, por exemplo, que norteiam o trabalho dos profissionais desse serviço. Como assinala o gerente,

a demanda do paciente de saúde mental é uma demanda que não adianta a gente querer direcionar ela e agendar essa demanda; ela se apresenta e a gente tem que ter uma resposta. Então, a resposta que, na época, em 97, 96 no Betim Central foi realmente, num primeiro momento, foi rasgar as agendas, e abrir e deixar a porta aberta: acolhimento, né? Implantar o acolhimento na urgência em psiquiatria e num segundo momento abrir 24 horas (Gerente CERSAM Betim Central).

Portanto, o acolhimento ao usuário aparece como uma das principais formas de dar início ao atendimento, cujo desenvolvimento dependerá de cada caso. Nas palavras do gerente,

o acolhimento é o seguinte: o paciente chegou com a demanda, a família fala que o paciente não tá bem, normalmente ele descreve né, qual que é o comportamento que o paciente tá tendo (Gerente CERSAM Betim Central).

Como no plantão há, geralmente, três profissionais – dois técnicos de nível superior e um psiquiatra –, quando da chegada de um novo usuário ao serviço, um dos técnicos fica responsável pela permanência-dia, enquanto o outro faz o acolhimento, comumente acompanhado do psiquiatra.

Os outros dois do acolhimento são responsáveis por esse paciente que chega, então esse paciente que chega é acolhido, é escutado, ele vai para o consultório, é feita a anamnese, qual que é a queixa principal e tal. Se for identificado ali no primeiro atendimento que aquele paciente precisa realmente ser medicado né, ser inserido no projeto terapêutico do serviço, dentro de algum dispositivo do serviço, aí ele é avaliado pelo psiquiatra e, se for o caso, entra com uma medicação na hora. Aí, eles discutem juntos o que eles vão fazer (Gerente CERSAM Betim Central).

A partir daí,

quem acolhe esse caso é a referência do caso; isso pra gente é, é o que a gente fala aqui que o serviço é híbrido: ele não é uma UAI [Unidade de Atendimento Imediato], mas também não é um ambulatório; a gente não pode atender e liberar o paciente. A gente atende a urgência, e, se for um caso grave, a gente referencia aquele caso. Então, esse paciente vai voltar pra PD [permanência dia], ou então ele vai voltar pro ambulatório; vai ser feito um projeto terapêutico conforme o quadro dele, o caso clínico dele (Gerente CERSAM Betim Central).

Na avaliação do gerente,

o acolhimento é o ponto principal pra fazer o vínculo do paciente com o serviço e definir o projeto terapêutico que ele vai seguir (Gerente CERSAM Betim Central).

Apesar de haver essa diretriz quanto ao acolhimento, o próprio gerente assinala que não se trata de algo previamente configurado, conforme assinalamos antes. Como ele ressalta:

É cada caso, né? Então, não necessariamente ele é atendido pelos dois no mesmo dia, tem caso que chega é acolhido pelo profissional de nível superior, pelo psicólogo, pela assistente social, pela terapeuta ocupacional ou pela enfermeira e não passa necessariamente pela psiquiatria. É só realmente se tiver uma demanda bem clara nesse acolhimento de que esse paciente precisa ser medicado (Gerente CERSAM Betim Central).

Essa característica de imprevisibilidade quanto ao tratamento a ser dado ao usuário foi um aspecto assinalado por todos profissionais entrevistados. Uma das psicólogas entrevistadas, por exemplo, enfatiza:

Olha, não tem receita, modelo pronto. Eu, particularmente, gosto de escutar o paciente primeiro sozinho, e sempre que possível eu tento fazer dessa forma. E, em segundo lugar, eu escuto a família, mas isso não é uma regra rígida né, acaba que você tem que atender a família e depois o paciente, acaba que você tem que atender os dois juntos. Mas eu tento priorizar a fala do paciente, a escuta dele primeiro, se tiver condição de fazer. Em geral, tem (Psicóloga CERSAM Betim Central).

Depois do acolhimento, um projeto terapêutico é estabelecido para o caso, sendo o próprio caso que irá nortear a elaboração e condução desse projeto. A necessidade de articulação com os demais dispositivos da Saúde Mental, do SUS ou da Assistência Social, a forma de inclusão de familiares, o uso de medicamentos (tipo, dosagem etc), a necessidade de ficar em permanência dia/noite, o número e frequência de consultas – tudo isso dependerá de cada caso.

A gente atende a urgência, e se for um caso grave a gente referencia aquele caso, então esse paciente vai voltar pra PD ou então ele vai voltar pro ambulatório, vai ser feito um projeto terapêutico conforme o quadro dele, o caso clínico dele (Gerente CERSAM Betim Central).

Apesar de não haver previsão dos tipos de casos que chegam ao CERSAM Betim Central, essa característica da população é tida como um fator estimulante para muitos dos que ali trabalham. Ainda que cada profissional tenha em sua história elementos que o levaram a gostar de trabalhar na área, do ponto de vista da própria atividade, a não cristalização de modelos prévios de atendimento à demanda parece ser um dos principais fatores que permitem essa satisfação com sua profissão. É isso que vemos, por exemplo, na fala do gerente:

O CERSAM é um laboratório, aqui a gente aprende muita coisa. É um serviço muito complexo, aqui a gente atende casos graves, às vezes muito graves, então assim, a gente utiliza toda a complexidade da psiquiatria, da saúde mental, pra dar suporte, pra dar resposta. Muitas vezes ainda não tem resposta, porque tem casos que são tão, tão complicados que colocam em xeque até a própria clínica (Gerente CERSAM Betim Central).

Isso é reforçado pela fala de um dos psicólogos do serviço, quando comenta que,

you lida de certa forma com o sofrimento do sujeito na sua vertente mais, mais assim, mais singular, né? É muito gratificante você poder ter contato com essa beleza que a loucura traz; isso é ótimo, me agrada muito (Psicólogo CERSAM Betim Central).

Essa mesma satisfação também aparece no relato de uma das enfermeiras, quando diz que

eu amo isso aqui! Chego até me emocionar, por que eu acho que você não consegue investir num trabalho se você não gostar daquilo que você está fazendo; tá infeliz, insatisfeito, não é uma coisa que você quer, né? (Enfermeira CERSAM Betim Central).

As possibilidades de criação a partir dos próprios casos surgem como um elemento que favorece o trabalho realizado dentro desse serviço. Associa-se a isso o reconhecimento dos diversos saberes dos vários profissionais envolvidos, o que condiz com a proposta da "Reforma Psiquiátrica". A esse respeito, uma das entrevistadas assinala:

Porque a gente só consegue trabalhar em equipe, porque as outras clínicas são muito isoladas... e são muito presas no médico também, é o médico que manda. Então, a saúde mental traz um modelo diferente mesmo, que circula mais os saberes (Enfermeira CERSAM Betim Central)

Logo, nessa lida diária com casos complexos, as reuniões semanais de equipe, mais do que uma prescrição formal, são vistas pelos profissionais como um fator primordial para a condução dos casos e andamento do serviço:

Então, eu acho que a reunião de equipe é essencial, né? Não tem jeito de trabalhar aqui sem essa reunião de equipe, porque é o momento que a gente fala dos casos mesmo, é um momento que o povo briga, bate boca, mas faz parte, né? (Enfermeira CERSAM Betim Central).

Nós discutimos isso na reunião de equipe, e aí a gente direciona, né? se é preciso uma avaliação psiquiátrica, um ajuste de medicação. A gente faz essa, como é que eu vou dizer, essa articulação através da reunião de equipe, e através da discussão do caso, junto com os colegas do plantão que estão conosco aí no dia a dia... (Psicólogo CERSAM Betim Central).

Outro aspecto que tem favorecido o trabalho no CERSAM Betim Central está relacionado à forma como os gerentes que por lá têm passado se relacionam com a equipe, sendo que muitos deles parecem se integrar a ela, estando atento às demandas dos profissionais do serviço. Ao ser indagada sobre os aspectos que considerava positivos do trabalho nessa unidade, uma das enfermeiras assinalou:

A gestão que eu acho bacana, uma gestão que te ouve. Eu sempre digo que, gerente que vem pra cá e que põe uma sala lá em cima... nunca deu certo! Gerente tem que estar aqui em baixo, né? (Enfermeira CERSAM Betim Central).

Entendemos que esses aspectos descritos acima têm propiciado, conforme dito antes, certa satisfação com o trabalho realizado no CERSAM Betim Central e, conseqüentemente, um maior engajamento dos profissionais na busca de estratégias mais condizentes com os problemas enfrentados pelos usuários que chegam ao serviço.

Acreditamos que essa breve descrição do CERSAM Betim Central atende, por ora, aos nossos propósitos. Retomaremos vários aspectos desse serviço, quando procedermos à análise dos dados empíricos com vistas a avançar nas discussões propostas por esta tese.

3.3 – Alguns dispositivos “externos” à Rede SUS Betim

É importante destacar que, além dos dispositivos próprios do SUS, há outros serviços no município de Betim que também estão, direta ou indiretamente, relacionados à saúde dos trabalhadores, embora direcionados especificamente aos servidores públicos. Dentre esses serviços, destacam-se o **Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT)** e o **Setor de**

Assistência ao Servidor (SAS), ambos ligados à Secretaria de Administração do município e que têm suas práticas voltadas aos servidores públicos municipais.

Quanto ao primeiro desses serviços, convém destacar, inicialmente, que a Portaria GM n.º 3.214, de 08 de junho de 1978, alterada pela Portaria SSMT n.º 33, de 27 de outubro de 1983 estabelece que

as empresas privadas e públicas, os órgãos públicos da administração direta e indireta e dos poderes legislativo e judiciário, que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, manterão, obrigatoriamente, Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho. (Brasil, 1983)²⁹

Conforme divulgado no *site* oficial do município³⁰, “o **SESMT** da Prefeitura Municipal de Betim foi criado em 1994 e hoje conta com uma equipe multidisciplinar voltada para a prevenção de doenças e acidentes do trabalho e para a promoção da Saúde e Segurança do Servidor Municipal”. Esse serviço está subordinado ao Setor de Recursos Humanos e tem, como objetivos, realizar “exames médicos ocupacionais, avaliação da capacidade laborativa, restrições médicas, laudos de aposentadoria, avaliação pericial de insalubridade e periculosidade para emissão de laudos, investigação de acidentes do trabalho, registro de CAT's etc.”

A equipe de profissionais desse serviço é composta de

Médicos do Trabalho, Ortopedista, Psiquiatra e Cardiologista, Enfermeira do Trabalho e Técnica de Enfermagem do Trabalho, Engenheiro de Segurança do Trabalho e Técnicos de Segurança do Trabalho, Fonoaudióloga, Psicóloga e Apoio Administrativo.

O outro serviço que também tem uma estreita relação com a saúde dos trabalhadores/servidores é o “**Setor de Assistência ao Servidor**, [que] no organograma da PMB, está subordinado à Divisão de Desenvolvimento de Pessoal que, por sua vez, se vincula à Superintendência de Recursos Humanos que está

²⁹ Disponível em

http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812C13D0FE012C13F1E6FE74D8/p_19831027_33a.pdf (acesso em 12/10/2013).

³⁰ Disponível em

http://www.betim.mg.gov.br/prefeitura_de_betim/superintencias/recursos_humanos/sesmt/39119%3B48080%3B07384207%3B0%3B0.asp (acesso em 12/10/2013)

ligada à Secretaria Adjunta de Administração”³¹. De acordo com informações obtidas no próprio *site* do município, “o setor tem como objetivo acolher a questão/problema do servidor e encaminhar para os serviços e programas do setor como também para a rede pública de saúde e/ou outros setores para fins de tratamento e promoção de saúde”. Em decreto municipal no. 31.559, de 29 de março de 2012, que dispõe sobre a competência desse setor, verifica-se que

Art. 1º - As competências do Setor de Assistência ao Servidor – SAS, vinculado à Superintendência de Recursos Humanos da Secretaria Adjunta de Administração são:
I – efetivar ações de promoção e prevenção da saúde do servidor;
II – acolher o servidor da ativa e oferecer-lhe atenção biopsicossocial;
III - desenvolver pesquisa para subsidiar novas propostas e estratégias de atuação junto ao servidor (Betim, 2012a).

Esse mesmo documento define a atenção ao servidor como o

atendimento de caráter interdisciplinar e intersetorial, visando à saúde integral, à prevenção do adoecimento, à redução dos gravames de doenças e auxiliar o servidor público municipal na busca de soluções para outras necessidades eventuais, as quais, de alguma forma, possam diminuir ou prejudicar a sua capacidade laborativa e sua produtividade” (Betim, 2012a).

Criado em 2001 sob a denominação de “Seção de Assistência ao Servidor”, esse órgão “servia como local de destino aos servidores colocados à disposição, em decorrência de serem usuários de álcool e drogas, restrições ortopédicas ou psiquiátricas (questões sempre ligadas ao absenteísmo)” (Betim, 2012b). O setor chegou a contar com uma equipe formada por 4 psicólogos, 1 assistente social, 2 educadores físicos e 1 médico do trabalho, além de um oficial de administração e 3 trabalhadores ocupando o cargo de serviços gerais.

Atualmente, o SAS desenvolve projetos que envolvem: promoção da prática de atividades físicas, melhorando a qualidade de vida e a saúde do servidor; sensibilização dos servidores através de informações sobre a importância e a necessidade de se planejar o orçamento familiar; promoção de ações institucionais propícias ao período que precede a aposentadoria do servidor; acolhimento do

³¹ Disponível em

http://www.betim.mg.gov.br/prefeitura_de_betim/superintendencias/recursos_humanos/39258%3B36483%3B073842%3B0%3B0.asp (acesso em 12/10/2013)

servidor da ativa, objetivando escutar a sua demanda e promover os encaminhamentos necessários.

Conforme veremos mais adiante, esses serviços desempenharam um papel importante na compreensão de alguns dos casos analisados em nossa pesquisa.

CAPÍTULO 4 – QUESTÕES METODOLÓGICAS

De início, é fundamental assinalarmos que a orientação metodológica de nossa pesquisa consistiu em tomar como ponto de partida o próprio objeto a ser investigado. Tal perspectiva está em consonância com as reflexões feitas por Lima (2002), que, fundamentando-se nas proposições marxianas, assinala que, ao nos propormos conhecer um determinado objeto, devemos nos aproximar dele sem “qualquer ideia apriorística que possamos ter a seu respeito” (p. 125). Dessa forma e em consonância com a autora, “cremos que o correto é começar pelo real, pelo concreto para depois chegarmos às abstrações, às generalizações e até mesmo ao próprio método” (p. 125). É importante ressaltar, no entanto, que nessa perspectiva, “a tomada da realidade concreta como ponto de partida do conhecimento não implica em nenhum empirismo, mas em ‘caminhos objetivo-ontológicos’”, na expressão de Lukács citado por Chasin (2009, p. 136).

Como decorrência disso, consideramos que o método não deve ser pensado como um conjunto de procedimentos a ser estabelecido antes mesmo da investigação; ao contrário, “só é possível falar de um método se [ele] se basear no respeito à integridade ontológica das coisas e dos sujeitos, oferecendo apenas uma indicação genérica dos passos da atividade mental na escavação das coisas e alcançando o máximo de autonomia em relação àquilo que pretendemos examinar” (Chasin apud Lima, 2002, p. 125-6). Nos dizeres de Marx citado por Chasin, “a pesquisa tem de captar detalhadamente a matéria, analisar as suas várias formas de evolução e rastrear sua conexão íntima. Só depois de concluído esse trabalho é que se pode expor adequadamente o movimento real” (Marx apud Chasin, 2009, p. 131). Nesse sentido, como esclarece Chasin, a conclusão do processo de análise, ou seja, o ponto de chegada da investigação de um determinado objeto, é que “confirma e explica os passos antecedentes e, por extensão, o método em seu todo” (Chasin, 2009, p. 131).

Foi nessa perspectiva que procuramos pautar nossa investigação, tanto no que diz respeito à coleta de dados, quanto à sua análise. Dessa forma, a pesquisa propriamente dita não se prendeu a um modelo prévio, estabelecido *a priori*, mas, ao contrário, os passos dados foram sendo configurados baseando-se no próprio objeto de investigação nos demandava. Assim, a cada etapa da investigação, os

instrumentos e procedimentos na coleta de dados foram escolhidos ou elaborados, a partir do que encontrávamos no próprio campo de pesquisa. Este se revelou rico de possibilidades, embora, nesse processo, tenhamos nos deparado, também, com condições muitas vezes bastante restritivas, como as exigências burocráticas, a falta de recursos materiais e financeiros, a nossa pouca disponibilidade de tempo, o que certamente interferiu na massa de dados coletados.

Quanto à análise dos dados, adotamos algumas categorias oferecidas por Chasin (2009) com dados da leitura da obra de Marx e Lukács. A primeira delas concerne ao que o autor denomina momento preponderante. Entendendo que, na análise marxiana, temos uma “concepção dos complexos reais em sua gênese, vigência e desenvolvimento como uma teia constelar de determinações, relações e interconexões multiformes” (Chasin, 2009, p. 133), cabe destacar nessa constelação a categoria que representa o momento de onde se deve partir para se compreender a realidade, categoria que tem prioridade ontológica sobre as demais, sendo essa definida, portanto, como o “momento preponderante”. Dessa forma,

o momento preponderante tem por identidade a condição de elo tônico no complexo articulado das abstrações razoáveis, ou seja, é o outro nome da categoria estruturante do todo concreto, e por isso também da totalidade ideal, uma abstração razoável que se destaca, sobredeterminando as demais com seu peso ordenador específico (Chasin, 2009, p. 135)³².

No contexto da nossa pesquisa, consideramos os casos clínicos como o momento preponderante, ponto de partida para a compreensão dos fluxos de atendimento prestado aos usuários, dos problemas aí encontrados, bem como de algumas das estratégias pensadas para a sua solução. Entendemos que os casos clínicos têm prioridade ontológica em nossa investigação, por representarem uma “totalidade” da qual se derivam os demais elementos, que podem ser entendidos como *determinações reflexivas*, uma segunda categoria descrita por Chasin (2009). As *determinações reflexivas* só podem ser pensadas na perspectiva da articulação, “quando o foco recai em pares ou conjuntos de categorias cuja conexão é indissociável, de tal modo que a apreensão efetiva de cada um de seus membros depende da apreensão recíproca dos outros” (Chasin, 2009, p. 135), mas sem que se perca de vista a especificidade de cada um desses membros (ou elementos). É nesse sentido que concebemos os fluxos de atendimento como *determinações*

³² Mais adiante trataremos a definição de *abstrações razoáveis*.

reflexivas, por serem decorrentes da análise feita de cada um dos casos. Configurou-se, assim, em nossa pesquisa, o par categorial: casos clínicos/fluxos de atendimento, onde percebemos uma mútua determinação, mas sem perder de vista a especificidade de cada um desses elementos e o momento preponderante ocupado pelo primeiro.

Partindo de cada caso, fomos extraíndo elementos que se relacionavam aos fluxos, obtendo, assim, o que podemos denominar de “abstrações razoáveis”. Como nos esclarece Chasin, “a razoabilidade de uma abstração se manifesta (...) quando retém e destaca *aspectos reais*, comuns às formas temporais de entificação dos complexos fenomênicos considerados” (*idem*, p. 124). Isso significa que não se trata de uma mera ideação de características imaginadas da realidade e que toma a si mesma como ponto de partida para tentar compreender essa mesma realidade. Pelo contrário, “trata-se (...) de algo geral extraído das formações concretas, posto à luz pela força de abstração, mas não produzido por um volteio autônomo da mesma, pois seu mérito é operar subsumida à comparação dos objetos que investiga” (Chasin, 2009, p. 124). Assim sendo, o que buscamos fazer foi identificar, em cada um dos casos estudados, os elementos essenciais dos fluxos de atendimento que nos permitissem compreender a relação dos dispositivos de saúde envolvidos em cada um deles, destacando, tanto os aspectos que facilitaram, como aqueles que dificultaram a sua condução.

Ao compararmos entre si os elementos que compunham os casos por nós investigados, pudemos identificar, tanto aqueles que eram comuns a todos eles, como os que os diferenciavam entre si, resultando, disso, uma melhor apreensão da realidade estudada, embora, ainda, como uma “representação caótica do todo”. Como nos esclarece Chasin (2009), a partir daí, por meio “da determinação mais precisa de elementos da representação caótica, é que se atinge, a certo custo e demora, a configuração de abstrações relativamente bem-recortadas, chamadas por Lukács de *abstrações isoladoras*, que são fundamentais”. Ainda nos dizeres de Chasin, “essas abstrações depuradas, a verdadeira face das abstrações razoáveis, são, portanto, o ponto de partida da elaboração teórica” (Chasin, 2009, p. 127). Em nossa análise, essas abstrações isoladoras são representadas pelos elementos de cada um dos casos que se destacam como aspectos que apontam para o êxito e/ou para o fracasso na sua condução.

Os achados oferecidos pelos estudos de caso foram articulados como os demais dados obtidos por meio das reuniões, análise de documentos, entrevistas, etc. A articulação desses dados entre si e com a literatura científica resultou na escrita deste trabalho. Como assinala Chasin, a *articulação* aparece, portanto, como o “momento culminante da produção do ‘concreto de pensamentos’, hora conclusiva da investigação” (Chasin, 2009, p. 130). Não é demais reforçar que, também aqui, a articulação não obedece a critérios puramente lógicos, mas é guiada pela “dialética da própria coisa” (Chasin, 2009, p. 135).

4.1 – A etapa da coleta de dados

Iniciamos a coleta de dados para a pesquisa em setembro de 2010. Na ocasião, quando da visita ao CEREST de Botucatu, em São Paulo, tivemos a oportunidade de entrevistar, além da gerente e duas funcionárias administrativas desse serviço, a psicóloga do CEREST de Avaré/SP e uma psicóloga professora do Departamento de Saúde Pública da Universidade Estadual de São Paulo, cuja trajetória profissional foi construída no campo da Saúde do Trabalhador. Nossa intenção era a de verificar como se estruturaram os serviços de saúde do trabalhador nesses municípios e quais eram as estratégias usadas pelos profissionais para lidar com os problemas de saúde mental e trabalho ali presentes. Dessa forma, teríamos mais um parâmetro para compreender nosso campo de pesquisa.

Paralelamente, em Betim, começamos a desenvolver uma análise do trabalho da psicóloga do CEREST desse município, como proposta de atividade da disciplina “Metodologia Qualitativa: análise do trabalho” realizada no Departamento de Engenharia de Produção da UFMG. O período de realização dessa atividade foi de setembro a dezembro de 2010 e envolveu, além de entrevistas com a própria psicóloga (um total de 7) e a gerente do CEREST (uma entrevista) – todas gravadas e transcritas em suas partes essenciais aos propósitos do trabalho –, momentos de observação de sua participação em reuniões de equipe, durante seis encontros. Como forma de registro dos dados desses encontros, adotamos as anotações manuscritas e, em um deles, em particular, por ter contado com a participação de

quase todos os funcionários do serviço, além de uma convidada para auxiliar a equipe a estabelecer os fluxos de atendimentos realizados pelo CEREST, o registro foi por meio de filmagem (vídeo e áudio).

É importante lembrar que, desde março de 2010, quando a psicóloga foi lotada no serviço, já havíamos feito contato com a gerente e demais funcionários do CEREST para apresentar a proposta de pesquisa. Na ocasião, a própria gerente sugeriu que a recém lotada psicóloga do serviço nos procurasse para conhecer o trabalho que pretendíamos realizar. Desde então, nossos encontros com a psicóloga se tornaram frequentes. A ideia de se analisar seu trabalho se deveu ao fato de ela ainda estar estruturando, à época, o serviço de psicologia dentro do CEREST. Nosso objetivo, nesse momento, foi o de identificar as dificuldades encontradas e as estratégias desenvolvidas pela psicóloga na implantação desse serviço.

Mesmo após a conclusão dessa atividade, em janeiro de 2011, continuamos a participar das reuniões de equipe do CEREST de Betim, pois concluímos que essa experiência seria essencial para efetivar nosso projeto. Em um primeiro momento, eram discutidos, nessas reuniões, casos atendidos por cada profissional que os selecionava por considerá-los de difícil solução. Posteriormente, passavam para assuntos diversos, relativos ao funcionamento do serviço, como questões burocrático-administrativas, ações a serem desenvolvidas etc. Cerca de uma vez por mês, a segunda parte da reunião era destinada à formação dos profissionais. Cada um deles (ou convidado) preparava um tema para ser discutido pela equipe, estratégia denominada de “Rodas de Conversa”, conforme já assinalamos anteriormente. Chegamos a participar de mais cinco reuniões de equipe (de janeiro a março de 2011) além das seis anteriormente citadas e de três “Rodas de Conversa”, em que foram desenvolvidos os seguintes temas: “Saúde Mental”, “Apoio Maternal” e “Inclusão de Pessoas com Deficiência no Mercado de Trabalho”.

No entanto, por determinação do órgão da Prefeitura responsável pela regularização das pesquisas no município, nossa participação nesses encontros foi interrompida em março de 2011. Fomos informados de que nosso retorno à pesquisa estaria condicionado à aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da UFMG e da Diretoria de Educação em Saúde de Betim, órgão responsável pelo acompanhamento dos projetos desenvolvidos no âmbito do SUS do município.

Enquanto aguardávamos o parecer do Comitê de Ética da UFMG, procedemos ao levantamento de documentos e artigos sobre os campos da Saúde

Mental e da Saúde do Trabalhador, em parte, motivados pelas disciplinas realizadas no Programa de Pós Graduação em Psicologia e, em parte, por entendermos que um conhecimento sobre esses dois campos seria fundamental para avançarmos em nossas reflexões.

O parecer favorável do Comitê de Ética da UFMG foi obtido em agosto de 2011, quando retomamos nossas visitas ao CEREST, embora, no período anterior, ainda mantivéssemos contatos esporádicos com alguns dos profissionais desse serviço, principalmente a psicóloga. Nesses encontros, discutíamos textos da área da Saúde Mental e Trabalho, além de questões relativas ao funcionamento do serviço. A única forma de registro desses encontros foi a anotação escrita, já que estávamos impedidos de usar o recurso da gravação.

Como a proposta inicial da pesquisa envolvia os CEREST da Região Metropolitana de Belo Horizonte, nos municípios de Contagem e Belo Horizonte, chegamos a realizar uma visita aos responsáveis pelos serviços de cada um desses municípios, para apresentação e discussão da proposta. Entretanto, por sugestão da banca de qualificação, ocorrida em dezembro de 2011, optamos por manter a pesquisa somente em Betim, mas ampliando os serviços pesquisados, incorporando dispositivos da Saúde Mental, o que nos fez incluir um dos CERSAM, nesse caso, o CERSAM Betim Central. Antes de definirmos por esse serviço, procedemos a entrevistas com os gerentes de vários dos dispositivos da Saúde Mental de Betim, como o próprio CERSAM Betim Central, o CERSAM Citrolândia, o CAPS AD e o Centro de Convivência “Estação dos Sonhos”, além da referência técnica em saúde mental de Betim³³.

Nessas visitas, éramos acompanhados pela psicóloga do CEREST, que aproveitava a ocasião para apresentar aos gerentes e funcionários desses dispositivos o próprio CEREST e o serviço que ela estava estruturando nesse centro; também aproveitávamos a ocasião para obter a ficha de acolhimento usada por esses serviços. Além disso, participamos de quatro reuniões gerais envolvendo os profissionais de todos os dispositivos da saúde mental do município. Nesse período, também, participamos de três encontros da CIST, Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador do município, com a intenção de conhecer a sua atuação, função e articulação com os demais serviços de saúde do trabalhador de Betim.

³³ Devido à mudança de gestão do município, de 2011 para 2012, sentimos a necessidade de entrevistar também a nova referência técnica, com vistas a levantar dados sobre as novas propostas para a saúde mental em Betim.

A opção pelo CERSAM Betim Central como o dispositivo da saúde mental a ser contemplado pela pesquisa se deu por ser este o primeiro serviço da área a ser inaugurado na cidade e por ser o dispositivo que atende à maior parte da demanda da microrregião. Damos início à participação nas reuniões de equipe dessa unidade em fevereiro de 2012; nessas reuniões, eram discutidos, primeiramente, os casos dos usuários do serviço que estavam na permanência noite (pernoite) e, em seguida, eram discutidos os casos novos, os da permanência dia (PD), além de diversos outros assuntos relativos ao seu funcionamento. Como essas reuniões ocorriam, geralmente, às sextas-feiras pela manhã, no mesmo dia e horário das reuniões de equipe do CEREST, passamos a alternar as visitas ao CERSAM e ao CEREST, de tal forma que, em cada serviço, participávamos quinzenalmente das reuniões.

Desde a retomada da nossa pesquisa e, portanto, de nossa presença nas reuniões de equipe, chegamos a participar de mais 29 reuniões de equipe no CEREST Betim (além das 11 anteriormente realizadas) e de mais 13 “Rodas de Conversa”, em que foram discutidos os seguintes temas: Reabilitação (INSS); PNSST – Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador; Reabilitação na Mannesmann; Vigilância Epidemiológica (SINAN); Reabilitação Profissional; SINE (Sistema Nacional de Emprego); DVRT – distúrbio de voz relacionado ao trabalho; Agrotóxicos/Suicídio e trabalho; Lian Gong (técnica oriental de exercícios para prevenção e tratamento de dores no corpo); PNSST (Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho); acidentes de trabalho (INSS); Câncer Ocupacional; Saúde Mental. No CERSAM Betim Central, participamos de 24 reuniões de equipe. Nesse serviço, a forma de registro foi por meio de anotação (à exceção da entrevista coletiva com os profissionais do serviço e do encontro de planejamento das atividades, do qual também participamos, quando usamos o gravador de áudio).

Paralelamente às participações nas reuniões, realizávamos entrevistas com alguns profissionais desses dois serviços, além de outros que julgávamos pertinentes, conforme as discussões de caso demandavam (como a entrevista feita com o psiquiatra do CAPS AD, em que buscamos levantar dados sobre a possível relação entre trabalho e alcoolismo). No caso do CERSAM Betim Central, entrevistamos, além do gerente, dois psicólogos, uma assistente social e uma enfermeira (todas essas entrevistas foram gravadas). O objetivo dessas entrevistas era conhecer a rotina de trabalho, fluxos de atendimentos, dificuldades encontradas

no cotidiano, não só no desenvolvimento das atividades no interior da própria unidade, mas também na articulação com os demais serviços da rede de saúde, dentre outras particularidades. No CEREST, voltamos a entrevistar a psicóloga em fevereiro de 2013, com o propósito de que ela avaliasse o serviço por ela iniciado há 3 anos; também entrevistamos uma das fonoaudiólogas do serviço, responsável pelo banco de dados sobre as notificações de agravos à saúde, SINAN.

É importante assinalar que, durante esse período, fomos convidados a participar de algumas capacitações realizadas pela psicóloga do CEREST nos diversos serviços de saúde do município. O principal objetivo dessas capacitações era levar aos demais serviços informações sobre o CEREST e, também, discutir, juntamente com os profissionais desses serviços, questões relativas à Saúde Mental e Trabalho. Participamos de 5 dessas capacitações: no CERSAM Citrolândia; no Setor de Atenção ao Servidor; no CAPS AD; no CERSAM Terezópolis; e junto aos profissionais REVISA – Referência Técnica em Vigilância em Saúde.

A partir das reuniões de que participamos, alguns casos eram escolhidos para investigação mais aprofundada. Usamos como critérios para a definição desses casos o fato de percebermos, pelo teor das discussões feitas pelas equipes (do CEREST ou do CERSAM), alguma possível relação entre os problemas de saúde mental e as atividades profissionais realizadas pelos pacientes. Enquanto definíamos os casos, entrevistávamos também os profissionais de referência e outros que tiveram alguma participação no acompanhamento dos usuários, cujos casos eram escolhidos para serem investigados, conforme descreveremos mais adiante.

Também no CERSAM Betim Central fizemos análise de prontuários dos casos que foram selecionados para estudo, realizando três visitas ao serviço para esse fim.

Em fevereiro de 2012, a proposta de pesquisa recebeu a aprovação da Pro Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da PUC Minas, que concedeu uma bolsa para um aluno bolsista de iniciação científica, pelo programa denominado FIP – Fundo de Incentivo à Pesquisa. Desde fevereiro de 2012, portanto, tivemos a oportunidade de contar com o auxílio de um bolsista que passou a nos acompanhar em todas as reuniões no CEREST e no CERSAM Betim Central, ajudando-nos na coleta e na discussão dos dados.

No primeiro semestre de 2012, começamos a participar do grupo de supervisão da disciplina Estágio Supervisionado, do curso de graduação em Psicologia da UFMG, sob a responsabilidade da orientadora desta tese, a professora Maria Elizabeth Antunes Lima. Os alunos que participavam desse estágio realizaram estudos de casos relacionados à nossa pesquisa. Foram selecionados três casos, sendo dois sugeridos pela psicóloga do CEREST e um escolhido por nós, após discussão com alguns profissionais do CERSAM Betim Central. Além desses quatro casos, nós mesmos acompanhamos, durante a pesquisa, um usuário do Betim Central, configurando mais um estudo para o qual entrevistamos o usuário do serviço, o psiquiatra referência técnica e a assistente social, além de termos procedido à análise do prontuário. Ressalta-se, ainda, que esse caso foi discutido em algumas reuniões do CERSAM Betim Central e numa reunião envolvendo profissionais desse serviço juntamente com os do CEREST, conforme detalharemos mais adiante. Os outros estudos de caso foram realizados pelos alunos do estágio, sob a supervisão da professora e com nosso acompanhamento, já que estávamos presentes nos encontros semanais, que ocorriam na UFMG.

No segundo semestre de 2012, também foram incluídos no levantamento de dados alguns alunos do estágio do curso de psicologia da PUC Minas em Betim, sob nossa supervisão. Nesse estágio, os alunos devem realizar uma pesquisa sobre qualquer questão que envolva a psicologia em geral. Ao apresentarmos a nossa proposta de pesquisa, dois grupos compostos por 5 alunos cada se dispuseram a participar. Dessa forma, um dos grupos se encarregou de fazer um estudo do banco de dados dos atendimentos realizados pela psicóloga do CEREST, o que foi sugerido pela própria psicóloga, já que ela mesma sentia a necessidade de compreender o “perfil” dos casos atendidos por ela. O outro grupo ficou responsável por organizar um banco de dados dos prontuários dos casos atendidos pelo CERSAM Betim Central no serviço de permanência dia. Essa proposta, além de se constituir em um levantamento prévio de informações necessárias à nossa pesquisa, mostrou-se útil ao próprio serviço, que não dispunha dessas informações sistematizadas em um banco eletrônico de dados.

Concluimos nossa participação nas reuniões de equipe do CEREST em 26 de abril de 2013, embora tenhamos mantido o contato com alguns profissionais desse serviço. No CERSAM Betim Central, finalizamos nossas visitas em novembro de 2013.

O quadro a seguir apresenta um consolidado dos instrumentos adotados na coleta dados:

SERVIÇO Estratégia	Número de ocorrências	Forma de Registro
CEREST		
. Participação em reunião de equipe	40	Gravação em áudio
. Entrevistas individuais	10	Gravação em áudio
. Entrevista coletiva	1	Gravação em áudio
. Participação em Roda de Conversa	16	Gravação em áudio
. Participação Capacitações	5	Anotações
. Análise do banco de dados (SINAN)	1	Anotações
. Análise do banco de dados (Psicologia)	1	Anotações
CIST		
. reunião	3	Anotações
CERSAM Betim Central		
. Entrevistas individuais	5	Gravação em áudio
. Participação em reuniões de equipe	24	Anotações
. Visita para análise de prontuário	3	Anotações
. Participação da Reunião de Planejamento	1	Gravação em áudio
. Entrevista coletiva	1	Gravação em áudio
. Estruturação e análise do banco de dados	1	Anotações
CERSAM Citrolândia		
. Entrevista individual	1	Gravação em áudio
CAPS AD		
. Entrevistas individuais	2	Gravação em áudio
Estação dos Sonhos		
. Entrevistas individuais	2	Gravação em áudio
Saúde Mental		
. Participação em reuniões gerais	4	Anotações
. Entrevistas individuais	2	Anotações/ Gravação em áudio
4 Estudos de caso		
. Entrevistas com usuários	10	Anotações/ Gravação em áudio
. Entrevistas com profissionais envolvidos	9	
. Análise de prontuários	2	Anotações

4.2 – Construção do dispositivo metodológico

Conforme assinalamos na introdução deste trabalho, nossa intenção inicial, com esta pesquisa, era pensar na inserção de ações de saúde mental e trabalho no âmbito da saúde pública. Com isso em mente e a partir da sugestão da gerente do CEREST de Betim de que a psicóloga nos auxiliasse na pesquisa, conforme já descrevemos no item anterior, começamos a etapa da coleta de dados nesse serviço com a análise do trabalho da psicóloga. Como descrito acima, nosso intuito, à época, era identificar as dificuldades encontradas por essa profissional na implantação de um serviço de psicologia voltado ao atendimento dos problemas de saúde mental dos trabalhadores do município e da região.

Nesse sentido, a análise do trabalho da psicóloga nos pareceu um importante recurso para pensarmos sobre a natureza do serviço que começava a ser implantado naquele momento. A opção por essa estratégia se deveu a basicamente dois fatores: de um lado, sabíamos que não seria possível responder ao nosso problema de pesquisa prescindindo de uma análise das atividades desenvolvidas pelos profissionais do CEREST; e, por outro, fomos incentivados pelo professor Francisco de Paula Antunes Lima, responsável pela disciplina “Metodologia Qualitativa: análise do trabalho” a proceder à análise do trabalho da psicóloga, mesmo não tendo o serviço ainda sido implantado. O principal argumento desse professor era o de que poderíamos analisar as estratégias usadas pela psicóloga durante a própria implantação do serviço.

A metodologia de análise do trabalho, tal como proposta pela disciplina realizada, tem seus fundamentos na Ergonomia Francesa e toma a atividade como ponto central de compreensão e intervenção nos espaços de trabalho. Assim, “ao se estudar as situações de trabalho, o foco do ergonomista vai em direção das atividades realizadas pelos trabalhadores” (Telles, 1995, p. 18), partindo da constatação de uma distância existente entre aquilo que é previsto pela empresa para o trabalhador, denominado de **trabalho prescrito** – e que consiste em determinar “a maneira como o trabalho deve ser executado: o modo de utilizar as ferramentas e as máquinas, o tempo concedido para cada operação, os modos operatórios e as regras a respeitar” (Daniellou; Laville; Teiger, 1989, p. 7) – e aquilo

que o trabalhador realmente faz, ou seja, o **trabalho real**. No nosso caso em específico, a proposta seria analisar o trabalho da psicóloga na perspectiva da Ergonomia de Concepção. Diferentemente da chamada Ergonomia de Correção, a Ergonomia de Concepção “estabelece um protocolo de projeção, onde a necessidade de considerar os trabalhadores e a atividade real de trabalho deve estar presente desde as primeiras etapas do projeto” (Telles, 1995, p. 21). Com isso em mente, passamos a acompanhar a psicóloga, observando sua participação nas reuniões de equipe e entrevistando-a, a fim de compreender as demais atividades que ela realizava, mas das quais não podíamos participar, por questões de sigilo profissional (como os atendimentos individuais e em grupo que ela começou a realizar no serviço).

Faltava-nos, ainda, no entanto, precisar melhor o nosso campo de investigação, o que foi feito, sobretudo, a partir do exame de qualificação. As contribuições da banca de qualificação foram significativas, ao sugerir, primeiramente, que restringíssemos esse campo ao município de Betim, o que tornou nossa pesquisa, do ponto de vista prático, mais exequível. Além disso, essa sugestão veio ao encontro de nossa proposta, que, longe de ser um estudo comparativo, procurava compreender a forma de lidar com os problemas de saúde mental e trabalho em um dado contexto, configurando-se, assim, como um estudo de caso³⁴.

Outra importante contribuição da banca de qualificação diz respeito à inclusão da “rede” de saúde mental em nossas discussões. Ainda que possa parecer óbvia essa necessidade, ela não nos havia ocorrido até aquele momento, isto é, não tínhamos em mente o fato de que a relação entre o serviço de saúde do trabalhador e o serviço de saúde mental deveria ser pensada em via de mão dupla, o que justificava, portanto, usar estratégias análogas àquelas que usávamos no CEREST, também na Saúde Mental, nesse caso, no CERSAM. A experiência na área da saúde de uma das componentes da banca de qualificação foi fundamental para que atentássemos nesses fatos.

³⁴ Este se caracteriza como um “estudo aprofundado e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento” (Gil, 2002, p. 54). De acordo com Marconi e Lakatos (2004), “no Estudo de Caso qualitativo não há um esquema estrutural aprioristicamente; assim, não se organiza um esquema de problemas, hipóteses e variáveis com antecipação”. Como ressaltam as autoras, essa categoria de pesquisa, “reúne o maior número de informações detalhadas, valendo-se de diferentes técnicas de pesquisa, visando apreender uma determinada situação e descrever a complexidade de um fato” (Marconi; Lakatos, 2004, p. 274).

E, por fim, a sugestão da banca de se partir de estudos de casos de trabalhadores reforçou o que a nossa orientadora já havia pensado como direção a ser dada à investigação. Para tanto, optamos pela realização de entrevistas, sendo elas direcionadas às seguintes indagações: Em se verificando a possível relação entre o problema de saúde mental do usuário do serviço com o trabalho por ele executado, quais foram as providências tomadas? Quem suspeitou dessa relação? O que permitiu ao profissional da saúde levantar tal suspeita? Quais os serviços e profissionais foram acionados em seguida? Como foi a condução do caso?

O que se pretendeu com esses estudos de caso foi reconstituir a lógica dos atendimentos prestados aos trabalhadores, determinando os fluxos de atendimento, com base em trajetórias de alguns sujeitos. Inicialmente, havíamos pensado em investigar dois casos: um primeiro, que poderia ser considerado bem-sucedido, e um outro, cujos resultados fossem considerados negativos, na avaliação dos próprios funcionários dos serviços envolvidos. Considerando, porém, a complexidade e a contraditoriedade do nosso objeto de estudo, percebemos não ser possível encontrar um caso que pudesse ser considerado totalmente exitoso ou negativo. Assim sendo, nossa opção foi a de identificar em cada um dos casos investigados aqueles aspectos que podem ser considerados bem-sucedidos e aqueles que sugerem a presença de dificuldades no atendimento do trabalhador na rede de saúde.

Ao longo da pesquisa, percebemos que nossa presença nos dispositivos de saúde parece ter tido alguns efeitos, conforme analisaremos mais adiante. Dessa forma, a pesquisa foi adquirindo um caráter de intervenção, na medida em que nossa presença parecia “convocar” os profissionais desses serviços à articulação entre si, ainda que não tivéssemos prévia intenção de fazer com que isso acontecesse.

CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA

Conforme dissemos, o ponto de partida da discussão dos nossos resultados se refere a quatro estudos de caso de trabalhadores, cujo foco principal é a análise dos fluxos de atendimento. Num segundo momento, tecemos considerações visando compreender, de um lado, as dificuldades no acompanhamento desses casos e, de outro, as ações que, de alguma forma, apontam na direção de uma melhor atenção à saúde dos trabalhadores do SUS Betim e, talvez, no SUS em geral. Na primeira parte, limitaremos nossa exposição aos estudos de caso. Já na segunda parte, estabelecemos relações entre nossos resultados e outros estudos realizados no campo da saúde pública, mais especificamente, aqueles que envolvem a Saúde Mental e a Saúde do Trabalhador.

5.1 – Fluxos de atendimento aos usuários do SUS em Betim

Ao descrever os casos abaixo, nossa intenção é a de ilustrar os fluxos de atendimento aos usuários do SUS Betim, tentando identificar, principalmente: os serviços que inicialmente foram buscados pelos usuários e os motivos que os levaram a buscá-los; os profissionais que os acolheram e o que lhes permitiu, de um lado, suspeitar da relação entre trabalho e adoecimento mental (quando for o caso), ou, de outro lado, perceber a importância do trabalho na condução do tratamento; quais os encaminhamentos dados aos casos, sobretudo no que diz respeito aos demais serviços e profissionais envolvidos.

Nesse sentido, é importante ressaltar que não nos interessa, aqui, fazer uma discussão sobre o estabelecimento de nexos entre o trabalho e o adoecimento mental desses usuários. Nossa intenção é, se houver a suspeita desse nexo, ou diante da constatação da importância do trabalho para a saúde mental, verificar quais os procedimentos adotados e sua adequação ao tratamento dos usuários.

Assim, após a descrição de cada um dos casos, buscamos assinalar alguns elementos que se destacam e que dizem respeito, tanto aos aspectos que podemos considerar como sendo exitosos no estabelecimento do fluxo de atendimento, como

também aqueles que revelam os entraves à integração entre os vários dispositivos da rede de saúde e que, portanto, impedem que os trabalhadores sejam devidamente tratados pela rede SUS Betim.

5.1.1 – Caso G

O primeiro caso por nós aqui relatado, identificado pela letra G, diz respeito a um servidor público, pertencente ao quadro de efetivos da Prefeitura Municipal de Betim, concursado para o cargo de auxiliar de enfermagem, o qual passou a exercer desde o ano de 2001. Trata-se de um usuário do CERSAM Betim Central, com diagnóstico de transtorno delirante (F22)³⁵, conforme consta no prontuário mantido por esse serviço.

G é natural de S, em Minas Gerais, tendo nascido em 28/09/1958. À época da pesquisa, morava em Betim com a esposa e a única filha, que contava com a idade de 2 anos; parte de sua família – sua mãe, uma irmã, um irmão e uma prima – ainda reside em S.

Ele ingressou na prefeitura de Betim no cargo de Técnico de Enfermagem, função compatível com sua formação em ensino médio, e passou pelo estágio probatório de três anos, tendo sido muito bem-avaliado pelo serviço, principalmente quanto à assiduidade, não tendo sido registrada nenhuma ausência até o final desse período.

Sobre a sua vida pregressa, antes de chegar a Betim, seus irmãos relataram que, por volta de 1980, quando tinha aproximadamente 22 anos de idade, G ficou desaparecido por dois anos, quando uma pessoa conseguiu contato com a família, informando que ele havia sido encontrado na Bahia, sendo identificado como andarilho. Seu irmão foi até lá e o trouxe de volta à sua cidade natal, onde teve início um tratamento psiquiátrico, que resultou em uma visível melhora.

³⁵ De acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, também designada como CID 10, o F22 corresponde ao diagnóstico de “Transtorno Delirante” sendo “caracterizado pela ocorrência de uma idéia delirante única ou de um conjunto de ideias delirantes aparentadas, em geral persistentes e que, por vezes, permanecem durante o resto da vida. O conteúdo da ideia ou das ideias delirantes é muito variável. A presença de alucinações auditivas (vozes) manifestas e persistentes, de sintomas esquizofrênicos tais como idéias delirantes de influência e um embotamento nítido dos afetos, e a evidência clara de uma afecção cerebral, são incompatíveis com o diagnóstico”. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm> (acesso em 14/04/2014).

Há informações de que a família de G tem uma casa em S, que está em processo de venda. Ao que parece, ele se afastou da família por ter tido atritos com seu irmão em função de desacordos quando à venda dessa casa. Mas esse atrito com o irmão parece estar vinculado, também, ao fato de o mesmo ter sido o responsável pelo seu resgate, quando estava na Bahia, e pelo processo de internação que se seguiu a esse episódio.

O primeiro registro de problemas de G. relacionados ao trabalho de que se tem notícia nos serviços do município é do dia 20 de agosto de 2007, portanto, seis meses após seu ingresso como funcionário da prefeitura. Na ocasião, ele foi encaminhado ao SESMT (Serviços Especializados em Engenharia e Segurança e Medicina do Trabalho) por meio de um relatório com cópia para o Setor de Assistência ao Servidor (SAS) e Diretoria Operacional. Tal relatório partiu da UAI Alterosas, unidade em que G trabalhava, e solicitava ao SESMT uma avaliação da capacidade laborativa do servidor em decorrência de faltas, atestados, dificuldades no cumprimento das funções e tentativas fracassadas de remanejamentos, embora não houvesse registro de problemas apresentados no trabalho até o ano de 2006.

Após 2007, G passou por diversas unidades de saúde em Betim, não se adaptando a nenhuma delas. Ele tinha grande dificuldade em permanecer no trabalho, mas alegava ter condições de exercer sua atividade de técnico de enfermagem. Consta em seu prontuário que, desde o aparecimento da sintomatologia característica da paranoia³⁶, a Gestão do Trabalho tentou levá-lo para se tratar na Saúde Mental, SESMT e SAS.

Tendo sido chamado a comparecer ao SESMT para essa avaliação em 12 de dezembro de 2007, G não compareceu ao serviço. Nesse mesmo mês, foi afastado do trabalho, após apresentar 14 atestados médicos ao longo de 2007, o que chamou a atenção de seus superiores. Nessa época, ele se queixava de estar sendo perseguido pela prefeitura e alegava não ter nenhum tipo de enfermidade, motivo pelo qual se recusava a procurar os serviços de saúde.

Foi apenas em 2009 que ele compareceu à UBS Alcides Braz, unidade que respondia pela região onde morava, para um atendimento com a psiquiatra. Nesse atendimento, foi levantada a hipótese diagnóstica de transtorno delirante (F22,

³⁶ De acordo com a CID 10, trata-se de um quadro que “se caracteriza essencialmente pela presença de idéias delirantes relativamente estáveis, freqüentemente de perseguição, em geral acompanhadas de alucinações, particularmente auditivas e de perturbações das percepções. As perturbações do afeto, da vontade, da linguagem e os sintomas catatônicos, estão ausentes, ou são relativamente discretos”. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm> (acesso em 14/04/2014).

conforme o CID-10). Contudo, G não deu continuidade ao tratamento, à semelhança do que já havia feito com os atendimentos iniciados no SESMT e na Assistência ao Servidor em períodos anteriores.

Em fevereiro de 2010, ele foi ao Setor de Assistência ao Servidor para conversar com uma psicóloga, após ter tido contato com a diretora de Gestão do Trabalho, que o encaminhou para tratamento. G, entretanto, compareceu a apenas duas sessões. Nessa época, encontrava-se lotado no setor de Avaliação e Controle de uma das UBS fazendo marcações de consultas e atendendo a ligações. Em maio desse mesmo ano, o Diário Oficial Municipal de Betim informou a abertura do processo administrativo disciplinar ocasionado por diversas faltas de G ao trabalho. Nesse mesmo mês, a diretora de Gestão de Trabalho da Secretaria de Saúde de Betim recebeu os dois irmãos de G. Ambos relataram que foram procurados por um oficial de justiça em S, local onde residem, sendo informados por ele de que G. seria despejado do local onde mora com sua esposa e sua filha. Nessa ocasião, uma vizinha de G. relatou que a filha do enfermeiro, já então com dois anos, não frequentava a área de lazer do prédio. Ela tinha visto a menina somente quando era ainda bebê. Essa senhora comentou que o procedimento de G era estranho e que somente por bilhetes podia se comunicar com ele. A família foi, então, visitada por profissionais da Gestão do Trabalho, da UBS Homero Gil e da SEMAS (Secretaria Municipal de Assistência Social) Norte, que confirmaram as condições inadequadas de higiene, o isolamento social e a resistência de G. com relação ao seu próprio tratamento psiquiátrico e com relação aos procedimentos preventivos da saúde da filha. Ele não se mostrou agressivo, mas ameaçou “sumir” se tentassem colocá-lo em tratamento.

G se julgava capaz de exercer as atividades exigidas pelo seu cargo na prefeitura e alegava não ter problema algum de saúde. Entretanto, já havia alguns anos que se encontrava naquela situação de isolamento, sendo que, ao chegar ao local de trabalho, recusava qualquer contato com os colegas e permanecia em sua mesa, com expressão ausente, levantando-se somente par ir ao banheiro, não realizando suas atividades. Algumas anotações no seu prontuário falam de delírio persecutório e que nenhuma tentativa de ajudá-lo teve êxito. Nessa época, ou seja, no primeiro semestre de 2010, G apresentava sempre um discurso defensivo. Quando lhe eram cobradas as faltas ao trabalho, ameaçava pedir exoneração do emprego, mas desistia disso logo em seguida.

Ainda em maio de 2010, a coordenadora do SAS e a assistente social realizaram uma visita à sua casa. Três dias após essa visita, G foi encaminhado à UBS Alcides Braz, com relatório elaborado pela diretoria de Gestão de Trabalho, onde constavam as seguintes informações: “Técnico de Enfermagem, 51 anos, amasiado e atitude dissimulada, sugerindo transtorno delirante”. Segundo a psiquiatra que o atendeu, G. não apresentava nenhuma queixa, não havendo como medicá-lo. O diagnóstico sugerido por ela foi novamente o de F22. Ao final desse mesmo mês, G recebeu em sua residência a Comissão de Sindicância e Processo Administrativo Disciplinar, comissão essa criada para conduzir o caso no que se refere aos problemas que apresentava no trabalho.

Em março de 2011, o caso foi retomado por profissionais da rede de saúde, tendo sido discutido na UBS Alcides Braz, com a presença de alguns familiares de G, a equipe da UBS Homero Gil (local onde G trabalhava), da psicóloga do Alcides Braz e um responsável pela Gestão do Trabalho. Após a discussão, foi pensada a possibilidade de realocá-lo em algum serviço, desde que ele aderisse ao tratamento. Nesse período, G passou pelo SAS, mas não há qualquer registro relacionado à sua passagem por esse serviço. No mesmo mês, foi realizada outra reunião envolvendo funcionários da UBS Alcides Braz, Gestão do Trabalho, SEMAS Norte e UBS Homero Gil, da qual surgiu o seguinte relato:

G. é funcionário público efetivo da PMB, tendo prestado serviços na UAI Alterosas, Estação dos Sonhos e Avaliação Central de Regulação, dentre outros. Há algum tempo vem apresentando comportamento inadequado no trabalho (faltas frequentes, dificuldade para realizar as tarefas de sua função, isolamento social, ideias de perseguição, etc.). G. não aceita que está doente e não admite tratar-se apesar das tentativas institucionais. Atualmente vive sem receber o salário da PMB, vivendo do auxílio da mãe e resíduo de herança (venda de uma casa). Sem interação social.

Desde o aparecimento do sintoma a Gestão do Trabalho vem tentando inseri-lo na Saúde Mental, SESMT e Assistência ao Servidor, bem como encaixá-lo em alguma unidade da PMB. Com dificuldade, recebeu técnicos da SEMAS, em uma ocasião e outra visita da Assistente Social da UBS Homero Gil, bem como manteve contato com profissional da Assistência ao Servidor e Gestão do Trabalho. Não permite que adentrem na sua casa além da sala de estar. As condições de higiene deixam a desejar. A mulher apresenta um comportamento submisso e a filha parece arredia ao contato social (Prontuário de G).

Apesar dos esforços dos profissionais envolvidos, G. não aceitou ser tratado, nem tampouco uma mudança de função, dizendo preferir ser exonerado se fosse o caso. A família, porém, não dispunha de outra fonte de renda, além do seu salário. Ele manteve a ameaça de “sumir” se tentassem obrigá-lo a fazer algum tratamento.

Nessa época, o processo administrativo estava aberto, e o defensor dativo, ou seja, o advogado designado para fazer a defesa de G, propôs a sua aposentadoria, embora o quadro sugerisse que, sem o tratamento, ele não aceitaria tal encaminhamento.

Em março de 2011, a psicóloga do Alcides Braz colocou a possibilidade de conciliar o atendimento de G com o Serviço de Assistência ao Servidor – SAS. Ficou decidido, também, que a Gestão do Trabalho iria acompanhá-lo, na tentativa de implicá-lo no tratamento, negociando com ele a realocação em outro serviço. Assim, a Gestão do Trabalho ficou responsável pelo encaminhamento de G para tratamento no SAS e/ou Saúde Mental. A assistente social da UBS Homero Gil, que havia ficado responsável pelas visitas domiciliares, não obteve êxito, já que G não a recebeu em sua casa, o mesmo acontecendo com os demais profissionais da Gestão do Trabalho e também com o próprio advogado, que tiveram a visita impedida.

Em abril de 2011, nova tentativa de visita foi feita pela psicóloga do Alcides Braz e pela assistente social da UBS Homero Gil. Dessa vez, G. as recebeu com a porta entreaberta, impedindo-as, contudo de entrarem em sua residência. Relatou que não queria falar para não atrapalhar seu processo na prefeitura. De acordo com a psicóloga, G. foi muito educado, tranquilo e justificou sempre sua atitude pelo desejo de preservar sua filha e esposa. Disse sentir-se injustiçado, como se a prefeitura não o deixasse trabalhar. Quando tentavam visitá-lo, chamava sua mulher, que ia até a fresta da porta com a filha no colo, demonstrando concordar com a atitude do marido. A psicóloga relatou, ainda, que, tanto a casa como os moradores estavam em boas condições de higiene, ao contrário do que havia sido relatado anteriormente.

Em função das dificuldades em manter contato direto com G, a psicóloga do Alcides Braz tentou falar com sua irmã. Assim, em maio de 2011, ela informou que havia conseguido um psiquiatra da rede particular de saúde e disse estar sem coragem para tentar tratamento compulsório para o irmão, mas que iria à Defensoria Pública/ Promotoria de Saúde em Betim, embora tivesse receio de tomar uma atitude envolvendo o caso dele.

Em julho do mesmo ano, a assistente social da UBS Homero Gil decidiu procurar informações com a ACS (agente comunitária de saúde) responsável pela região onde morava G. Nesse mesmo mês, o caso foi discutido em reunião de

equipe da saúde mental no CERSAM Betim Central, que propôs a discussão do mesmo em reunião com referências municipais e profissionais da UBS Homero Gil. A opção da equipe do CERSAM Betim Central foi que G fosse acompanhado pela atenção básica. A esse respeito, a assistente social do CERSAM Betim Central esclareceu:

A gente decidiu que ele ia ser acolhido via rede, via unidade básica de saúde; isso foi discutido em reunião na época. Então, o caso ficou com a unidade de saúde e a referência do caso, que era a [psicóloga] do Alcides... ela fez umas discussões por telefone, pessoalmente... A gente conversou algumas vezes, algumas tentativas de estratégia (Assistente Social CERSAM).

O procedimento adotado nesse momento foi o de acompanhar o caso, principalmente por meio da atuação da ACS, com o objetivo de fortalecer o vínculo de G com os profissionais, já que, a princípio, ele não oferecia risco nem para si, nem para os familiares.

Em julho do ano seguinte, houve novamente a tentativa frustrada de visita empreendida pela psicóloga do Alcides Braz e pela assistente social da UBS Homero Gil, tendo os vizinhos de G relatado que o isolamento social da família havia aumentado, o que implicaria prejuízos emocionais para a criança, que passou a ser a principal preocupação dos profissionais envolvidos com o caso. Em agosto de 2012, reuniram-se os profissionais da SEMAS Norte, do CREAS e do Conselho Tutelar para discussão do caso e para articular intervenções sobre o mesmo. Nessa reunião, foi planejada uma intervenção via Conselho Tutelar, usando como justificativa o fato de a criança estar em idade de frequentar a creche. Um representante do Conselho Tutelar foi à casa de G e lhe explicou a situação da criança. G se dispôs a ir, sozinho, a uma reunião que trataria sobre o assunto; entretanto, não compareceu.

Preocupada com o isolamento que foi imposto por G à sua filha, em outubro de 2012, a psicóloga do Alcides Braz articulou uma forma de levá-lo ao serviço de saúde mental (CERSAM Betim Central), obtendo o apoio de seus irmãos nessa empreitada, inclusive tendo o irmão se responsabilizado pela situação.

[a psicóloga] me ligou dizendo que estava junto com a família numa reunião definindo por uma busca involuntária dele, na casa dele, junto com a família; porque, aí a família estaria autorizando essa abordagem dentro da casa, junto com o SAMU e com a polícia. A família foi numa reunião familiar na unidade básica; e aí ela me ligou e falei com ela: "Se você trouxer

agora, eu estou no plantão, a gente sustenta esse acolhimento”, porque a gente já tinha discutido o caso, sabia da gravidade (assistente social do CERSAM Betim Central).

Nessa ocasião, G. estava com 54 anos e afastado há 2 anos e 6 meses do trabalho de técnico de enfermagem. Como parte da estrutura articulada, ele foi abordado em sua casa como se fosse receber um profissional do RH da Prefeitura Municipal de Betim. Ele abriu a porta, e foi-lhe explicada toda a situação. A psicóloga do Alcides Braz nos esclareceu que, nesses casos, a polícia também costuma ser acionada, e que também estava presente nessa ação, servindo de suporte. Os funcionários do SAMU também foram acionados e agiram com todo o cuidado, para não causar um transtorno maior ao paciente e à sua família. Quando foi abordado, G. se mostrou um pouco nervoso, principalmente por sua filha ter presenciado a situação. Mas não estava agressivo e não levantou a voz, indo por vontade própria para a ambulância do SAMU, concordando com o tratamento e chegando para atendimento ao CERSAM Betim Central no carro do SAMU com retaguarda da polícia. Na ocasião, continuou afirmando não ter qualquer problema psiquiátrico, inclusive apresentando laudo do SESMT (do qual guardava cópia autenticada). Afirmou também que seu problema era administrativo e que a prefeitura não tinha dado retorno de seu caso. E relatou que parou de trabalhar porque a prefeitura tinha planos de aposentar várias pessoas, inclusive ele, mas que não foi exonerado ou aposentado.

Segundo dados dessa consulta, G disse que não possuía problemas com a família de origem, nem problemas de saúde física ou mental. O motivo de ter se afastado desses familiares nos últimos anos tinha sido porque “cada um foi viver a sua vida”, e sua família era sua esposa e sua filha, conforme relatou. Disse não ter amigos e negou que tivesse sido abordado anteriormente para realizar consulta na Saúde Mental. Nessa ocasião, G. apresentou higiene prejudicada, mas a fala e o discurso relativamente organizados, embora algumas vezes prolixos. Com relação ao seu processo de afastamento do trabalho, apresentou delírio organizado³⁷, mas sem alteração da sensopercepção durante a entrevista. A hipótese diagnóstica continuou sendo F22, com crítica prejudicada.

³⁷ Comum nos quadros de paranoia, o delírio organizado pressupõe a construção, pelo sujeito, de uma história com nexos.

Paralelamente a essa consulta, e como parte do que foi estabelecido como estratégia para lidar com o caso, a psicóloga do Alcides Braz permaneceu na casa de G., dando suporte à sua esposa e filha. Conversando com a esposa, a psicóloga disse perceber que ela reproduzia o discurso do marido, “entrando” no delírio dele. Ela viera do interior, e o marido se comportava como se a protegesse, ao isolá-la socialmente e disse não saber o que acontecia no seu trabalho, mostrando-se surpresa ao ouvir da psicóloga o relato dos colegas acerca do comportamento de G. no exercício de suas funções laborais. A filha mostrou-se arredia a princípio, mas acabou se aproximando da psicóloga.

No CERSAM Betim Central, G foi acolhido pela assistente social e por uma residente de psiquiatria, ficando as duas responsáveis pelo caso. A proposta inicial era de que ele não ficasse na permanência-noite, dadas as condições da família, que ficaria prejudicada com a sua ausência. Tal opção deveria, também, servir como estratégia para obter sua adesão ao tratamento, já que uma “internação” poderia despertar a sua desconfiança.

O que a gente discutiu muito com o psiquiatra plantonista do dia, que estava supervisionando a residente, é que (...) se a gente fizesse uma internação involuntária dele, o que é que ia acontecer? Era um caso que possivelmente o diagnóstico seria de que o tratamento era um tratamento muito longo; até pra aparecer alguma melhora, seria uma coisa muito longa e que a gente não conseguiria fazer uma sustentação que desse pra ele um resultado e que ele pudesse depois sustentar esse tratamento, se a gente fizesse aquela evolução, naquele momento, de uma internação involuntária pra ele (Assistente social).

Com isso, os profissionais conseguiram fazer com que G comparecesse ao serviço diariamente para tomar a medicação. Foi acordado com ele que a adesão ao tratamento seria a condição para que a assistente social continuasse tentando sua reinserção no trabalho. Durante cerca de dez dias, G compareceu ao CERSAM Betim Central regularmente. Paralelamente a isso, a assistente social fez contato com o SESMT reforçando a necessidade de retomar o caso de G, tendo sido orientada a procurar a Comissão de Sindicância, pois o caso já se encontrava lá. Feito o contato com essa comissão, ela foi instruída a procurar o setor de Recursos Humanos da prefeitura. A partir desses contatos, foi proposta uma perícia no SESMT.

E eu tentei discutir se a gente poderia fazer um laço de que o tratamento dele [pudesse estar] atrelado à perícia; e a perícia, e a evolução do processo dele estaria atrelado ao tratamento (Assistente social do CERSAM Betim Central).

Ao ser atendido por técnicos do SESMT para avaliação e perícia, G foi informado de que seu acompanhamento por esse serviço estaria condicionado à continuidade do seu tratamento no CERSAM Betim Central. Na avaliação da assistente social do CERSAM, durante o período em que G usou a medicação, foi possível observar uma pequena melhora, o que sugeria ser essa uma direção adequada na condução do caso; Condicionar seu retorno ao trabalho à sua adesão ao tratamento parecia, pois, ser uma boa estratégia, segundo a assistente social do CERSAM.

Porque o tratamento dele teve que se restringir, nesse primeiro momento, ao laço trabalhista com o uso da medicação; ele não aceitava muito mais coisa (assistente social do CERSAM Betim Central).

Entretanto, quando começou a ser atendido pelo SESMT, G parou de tomar a medicação e de frequentar o CERSAM. Quando questionado sobre o abandono do tratamento, alegou já estar sendo atendido pelo SESMT. Depois disso, as tentativas de contato com ele foram frustradas, pois se recusava a atender aos telefonemas dos profissionais do CERSAM. Nessa época, a assistente social continuou mantendo contato com um dos seus irmãos, com a comissão de sindicância e com o SESMT, na tentativa de manter o vínculo empregatício de G com a prefeitura, ainda que fosse na condição de afastado. O esforço da assistente social era para que

o tratamento dele lá continuasse com ele tendo auxílio-doença, pra gente poder garantir o tratamento, sustentar o que eu já tinha pedido na primeira vez, que era que eles atrelassem as idas ao SESMT ao tratamento. Mas aí, nessa situação, que eu acho que é o ponto inadequado desse processo todo, um dos pontos, não é só esse, mas um dos pontos é a gente e o SESMT não ter conseguido fazer um diálogo de que a gente pudesse estar fazendo o que a gente pensou como projeto terapêutico para ele, que seria sustentar esse tratamento pelo viés da questão trabalhista dele. Ele tinha uma preocupação muito grande em sustentar a esposa e a filha (Assistente social do CERSAM Betim Central).

Contudo, por mudanças na gestão, em função de nova administração, o contato com a comissão de sindicância foi interrompido. A assistente social do CERSAM Betim Central esclareceu:

Só que, também, a gente vive esse período, que foi um período de transição de quatro anos que, neste ano, nessa virada, além de ter tido a transição política, com mudança de prefeito, houve uma mudança de governo, de partido político, o que gera uma mudança de profissionais que estão nos setores de cargos comissionados. E aí você tem um tempo, até que as pessoas assumam esses cargos e tomem pé do que você está conversando (Assistente social do CERSAM Betim Central).

Em abril de 2013, ela fez contato com a Comissão de Sindicância, obtendo a confirmação de que G. já havia sido aposentado por invalidez contra a sua própria vontade, tendo sido o caso encaminhado à Promotoria de justiça devido à presença da criança no domicílio. A aposentadoria veio em momento propício devido à situação financeira de G, que estava vivendo da venda da casa, cujo pagamento mensal era feito pela irmã e da ajuda da mãe. O último mês de pagamento da irmã coincidiu com o início do pagamento da aposentadoria.

Embora considere que a aposentadoria tenha sido uma forma de assegurar os direitos de G e, portanto, a sua subsistência material, a assistente social assinalou que, do ponto de vista do seu tratamento, essa decisão dificultou o acompanhamento do caso, pois, no seu entender, manter o vínculo de G com o trabalho fazia parte do seu projeto terapêutico:

Eu não queria não [que G se aposentasse]. Tinha um projeto terapêutico atrás do meu pedido de não deixar ele se aposentar, de manter como auxílio-doença um período, pra gente poder estudar o caso e poder fazer esse laço com ele, esse vínculo que ele pudesse manter com a gente, ou mesmo um vínculo via SESMT; porque ele podia tratar via SESMT; se a gente tivesse tido a chance de conversar... no SESMT também tem psiquiatra; então, eles podiam sustentar o caso dele de alguma forma (Assistente social do CERSAM Betim Central).

O desfecho do caso com a aposentadoria de G foi visto como um insucesso, a despeito dos os esforços envidados pelo diversos profissionais dos vários setores envolvidos.

Nesse caso específico do G, eu senti essa frustração; na hora que a C, que era a coordenadora da comissão de sindicância falou: "Ele aposentou", eu falei: "Putá que pariu! Eu ralei tanto pro trem andar"; e não teve essa... assim, quem atendeu ele, atendeu pela questão... nem sei se leu o que escrevi, ou o que a R [residente de psiquiatria] escreveu; porque a gente fez um relatório médico de que ele estava em tratamento e era um psicótico (Assistente social).

Na avaliação da assistente social, portanto, a opção pela aposentaria de G revelou falta de sensibilidade de alguns profissionais para entender a situação,

sendo que, no seu entender, todos os setores envolvidos tinham conhecimento do caso e poderiam ter explorado outras possibilidades.

Análise do Caso G: articulação da rede X “atravessamentos” políticos

Apesar desse desfecho insatisfatório, por não se ter conseguido obter a adesão de G ao tratamento, o primeiro aspecto a assinalar nesse caso diz respeito aos esforços empreendidos pelos profissionais dos diversos dispositivos para alcançarem essa adesão. Assim, não podemos desconsiderar o fato de que, do ponto de vista da articulação entre vários setores do município, muito se avançou no caso. Vemos, pois, vários órgãos envolvidos, como o setor de Recursos Humanos, Gestão do Trabalho, o SAS, o SESMT, duas Unidades Básicas de Saúde, além da Comissão de Sindicância, ainda que, em um dado momento, tenhamos constatado queixas relativas à falta de articulação entre o CERSAM e o SESMT. Retomaremos a esse ponto mais adiante.

Quanto ao CEREST, não identificamos sua participação no caso de G. Vale lembrar que, no que diz respeito à articulação entre esse serviço e a Saúde Mental, ainda há dificuldades de integração entre eles na atenção aos casos que aparecem na rede. A assistente social do CERSAM Betim Central assinala que essa falta de articulação ocorre a despeito dos esforços da gerente daquele serviço de apresentar o CEREST à equipe da Saúde Mental propondo a realização de trabalhos conjuntos.

Na avaliação dessa assistente social, essa dificuldade de articulação, não apenas com o CEREST, mas também com diversos outros setores se deve a fatores, como: a grande demanda por atendimento que chega aos serviços, fazendo com que os profissionais sejam “engolidos pelo processo de trabalho”, dada a sobrecarga a que estão submetidos; a transferência de profissionais para outros serviços, o que impede a continuidade no tratamento dos casos; mudanças na forma de funcionamento dos serviços, com implementação de novos modelos que são propostos quando das mudanças de gestão; falta de “vontade política dos gestores” em reunir esses diferentes setores. Alguns desses fatores estão presentes no caso que ora analisamos.

Assim, no caso de G, os intervalos longos entre os atendimentos sugerem o número insuficiente de profissionais para lidar com a grande demanda de trabalho nos serviços do município de Betim. Soma-se a isso o que a assistente social aponta como outro fator que dificultou nesse processo – a transição política na prefeitura e, conseqüentemente, as mudanças dos profissionais envolvidos. Isso significou uma maior falta de suporte de partes importantes da rede, devido à perda de vínculos significativos dos profissionais envolvidos, o que fez com que o êxito na condução do caso de G, por exemplo, estivesse condicionado, em grande parte, ao empenho individual de alguns profissionais.

Essa rotatividade de profissionais se torna ainda mais crítica quando se refere aos cargos de gestão, já que são esses os responsáveis pela coordenação dos projetos a serem desenvolvidos pelos serviços. É importante ressaltar que, no município de Betim, todos os cargos de gerência dos diversos dispositivos da saúde, bem como as referências técnicas, são renovados a cada nova administração e o critério para a escolha dos profissionais nem sempre é a competência técnica. A cada mudança desses cargos, assiste-se a um período de ajustes nos serviços, com realocações de profissionais, estabelecimento de novas regras de funcionamento, elaboração e implementação de novas propostas de trabalho. Ao tecer comentários sobre aspectos dessa natureza, a assistente social avalia:

Tem coisas que, como a gente não comunga da ideia de um coletivo muito macro e a gente está sempre esbarrando na política, de 4 em 4 anos, tem coisas que não avançam. Então, se perde um pouco dessa possibilidade de cuidar do sujeito como cidadão (...) Às vezes até do mesmo partido, num mesmo partido, você vê diferença [na forma de gestão] (...) Isso reflete nas práticas cotidianas, no mais micro também, internamente, dentro do CERSAM; não tem dúvida (Assistente social CERSAM Betim Central).

Com isso, nem sempre os projetos que já estavam em andamento têm continuidade, o que acaba por interferir no curso dos casos acompanhados pelos serviços, como observamos no caso de G, em que a mudança de alguns profissionais-chave culminou com a decisão de sua aposentadoria, a despeito do que vinha sendo desenvolvido pela equipe que o acompanhava.

Outro aspecto que a assistente social assinalou como dificultador na condução dos casos foi a “separação dos setores”, o que permitiu observar problemas na troca de informações entre os profissionais dos diversos setores envolvidos nos casos, sobretudo, entre aqueles ligados, de um lado aos Recursos

Humanos da prefeitura, e de outro à área da saúde. Na sua avaliação, essa falta de entrosamento dos setores se refletiu, no caso de G por exemplo, no fato de ser desconsiderado, pelos órgãos ligados aos Recursos Humanos, de que se tratava de um funcionário público, mas que, naquele momento, demandava tratamento na Saúde Mental, um serviço que atende a uma população mais ampla. Para que essa dificuldade pudesse ser superada, haveria a necessidade, no entender da assistente social, de que também os profissionais dos setores administrativos da prefeitura (mais especificamente SESMT e comissão de sindicância, nesse caso) estabelecessem maior diálogo, numa “via de mão dupla” com os profissionais da saúde, dando retorno sobre o processo. Ela mesma assinala:

A rede que o acolhe como funcionário público tinha que remeter a um lugar que é SUS, que é o Betim Central, pra ele sentir também “olha, eu tô com um usuário que também é colega de trabalho”; e não a gente ir naquele setor só procurando, procurando, tentando beber na fonte de lá, sem ter que... Eu sinto que tem essa limitação. Assim, eu me interessei em procurar, mas o outro não se interessou; tava lá com o documento, e não pediu opinião. (...) Eu remeti duas ou três vezes, uma delas documentada, as outras... uma foi pessoalmente; mas não houve essa conversa de volta, desse setor aí, de identificar, no tratamento dele, um lugar de diálogo (Assistente social CERSAM Betim Central).

A despeito de todos esses problemas, os profissionais envolvidos no caso G se esforçaram na busca de soluções para os problemas apresentados. Conforme assinalamos anteriormente, ainda que possamos identificar vários problemas que impossibilitaram um desfecho mais satisfatório do caso, consideramos exitoso, com as devidas ressalvas, o processo de busca de alternativas no que diz respeito à articulação dos serviços entre si.

Esse aspecto é de fundamental importância, sobretudo, se considerarmos que, desde a proposta de se substituir os serviços tradicionais de psiquiatria (entenda-se hospitais psiquiátricos), as atividades ligadas ao cuidado do doente mental passaram a depender de estratégias diversas na condução dos casos, não se limitando mais às formas clássicas de confinamento, o que, por sua vez, pressupõe maior criatividade dos profissionais dos chamados serviços substitutivos.

Dessa forma, o que observamos no caso de G é que houve, por parte dos profissionais diretamente ligados a ele, um engajamento na busca de uma solução, o que foi decisivo para alcançar a tão almejada articulação dos serviços em rede até onde isso foi possível. É importante ressaltar que, ainda que o trabalho desenvolvido por esses profissionais tenha esbarrado em dificuldades, como a rotatividade de

peçoal, mudanças de gestão e falta de articulação entre alguns setores, a própria estrutura e a proposta da rede de saúde trouxeram novas possibilidades, permitindo a criação de algumas estratégias para lidar com o caso, como o envolvimento de diferentes atores ligados a diversos órgãos do município. Nesse sentido, estiveram articulados em torno do caso G os seguintes profissionais com suas respectivas participações: da UBS onde ele trabalhou (que identificaram os sinais de que ele não estava bem de saúde); do SESMT (que registraram os atestados e avaliaram sua capacidade laborativa); do Setor de Assistência ao Servidor (que lhe prestaram os primeiros atendimentos); da SEMAS (que avaliaram as condições de moradia e a situação da família); da Gestão do Trabalho (que o encaminharam para tratamento na Saúde Mental); da UBS da região onde mora e do CERSAM Betim Central (que assumiram conjuntamente a condução do caso).

Esse é o esforço que encontramos entre os profissionais responsáveis pelo caso de G e que aponta para possibilidades de condução mais eficaz nas formas de tratamento dos usuários dos serviços de saúde.

Outro aspecto, que, nesse caso, merece especial atenção, consiste na presença de duas profissionais que ficaram diretamente responsáveis pelo caso, buscando envolver os demais profissionais dos vários serviços relacionados a ele. Assim, as atuações da psicóloga da UBS Alcides Braz e da assistente social do CERSAM Betim central foram imprescindíveis para que houvesse a articulação dos serviços entre si na busca de encontrar a melhor forma de tratamento para G.

Mais do que isso, a concepção de que o trabalho era algo importante na condução do processo, sobretudo, a partir da atuação da assistente social, foi a garantia da continuidade de acesso a G, já que as questões relativas à sua atividade profissional eram as únicas que o interessavam, inclusive, fazendo-o aderir ao tratamento. Como vimos na descrição do caso, a incompreensão de alguns profissionais de que a manutenção do trabalho de G era importante fez com que o serviço de saúde “perdesse o caso”, restando à equipe de saúde mental acionar dispositivos legais de intervenção, para impedir que a filha sofresse consequências do isolamento social imposto pelo pai em função da sua patologia. Além disso, sua aposentadoria pode representar a perda definitiva de contato pela Saúde Mental e, portanto, a continuidade do seu tratamento.

Resta-nos, ainda, problematizar se a separação entre a Saúde Mental e a Saúde do Trabalhador desempenhou, aí, um papel importante para que o caso não

tivesse um desfecho mais satisfatório. Avançaremos nessa discussão mais adiante, mas já podemos adiantar que chama a nossa atenção o fato de, em nenhum momento, o CEREST ter sido acionado como um dispositivo a contribuir na condução do caso de G, como já assinalamos anteriormente. Os setores envolvidos e que estão ligados ao trabalho, SAS e SESMT, ainda que tenham preocupações com relação à saúde dos servidores, estão subordinados à Secretaria de Administração, o que nos permite inferir que suas ações se pautam muito mais pela lógica da gestão dos recursos humanos, do que propriamente pela lógica da saúde do trabalhador, como é a proposta do CEREST. Como pretendemos demonstrar, a participação desse serviço poderia representar um ganho na condução de casos como o de G, por exemplo, já que, em suas propostas de atuação, o trabalho comparece como categoria importante na compreensão, não só de casos de adoecimento, mas também da manutenção da saúde dos trabalhadores.

5.1.2 – Caso R

O segundo caso aqui narrado, identificado pela letra R, é relativo a um paciente que chegou ao CERSAM Betim Central por meio de uma ordem judicial para internação compulsória. Trata-se, nas palavras do psiquiatra de referência, de um “caso clássico” de paranoia, sendo que, por recusar-se a trabalhar em sua função (por considerar o salário injusto), foi exonerado de seu cargo.

R foi admitido como funcionário público como fiscal do PROCON, mas considerava que sua função era importante demais para ser tão mal-remunerada. Como estratégia de reivindicação, passou a não realizar suas atividades e, embora nunca tenha faltado ao serviço, ia à Prefeitura, mas não se deslocava até as lojas, cuja fiscalização era de sua responsabilidade. Por essa razão, seu chefe passou a emitir documentos, registrando a sua “ausência”. Na ocasião, por fazer uso abusivo de álcool (e, segundo a mãe, também de drogas ilícitas), R foi encaminhado para acompanhamento no Setor Assistência ao Servidor (SAS). Paralelamente a isso, a mãe solicitou intervenção judicial e R foi encaminhado para internação compulsória no CAPS AD. Como esse serviço ainda estava sendo instituído no município, não

possuindo estrutura adequada para acompanhamento do caso, R foi encaminhado para o CERSAM Betim Central, onde os profissionais do CAPS AD solicitaram apoio.

R nasceu em 1974, sendo o segundo de quatro filhos. Mora com os pais (o pai é aposentado, e a mãe trabalha como oficial administrativa, na prefeitura de Betim). Ele diz trabalhar desde cerca de 10 anos de idade, inicialmente, vendendo salgados, picolés e chup-chup, conseguindo conciliar essas atividades com seus estudos.

Eu sempre fui concentrado com o que tenho que fazer. Sou de pouco papo. Converso muito pouco. (R)

Ele começou a trabalhar em emprego formal como *office-boy*, permanecendo nessa função por cerca de 2 anos, tendo, nessa época, recebido uma proposta para trabalhar numa oficina de manutenção de eletrodomésticos, onde permaneceu por vários anos, deixando essa atividade para trabalhar como autônomo.

Em 2006, prestou concurso na prefeitura de Betim, sendo aprovado para o cargo de Fiscal do PROCON. Já de início, algumas coisas começaram a incomodá-lo, como o fato de não haver clareza com relação às atribuições de seu cargo, além do baixo salário, o que passou a ser sua principal queixa.

Não tinha [definições do cargo]. Tinham algumas definições que eu fui absorvendo com o tempo. Mas é muito desgastante você trabalhar com o salário defasado. Como fazer uma fiscalização de um banco ganhando um salário mínimo, sendo que as multas que podem surgir para o banco são de dez mil reais? É uma coisa meio que desmerece o caráter da gente, desmerece a autoestima (R).

A estratégia usada por R para resolver esse problema foi pedir um aumento e fazer uma espécie de reivindicação silenciosa, enquanto não obtivesse êxito na sua solicitação:

Aí, eu pedi um aumento de salário e parei de trabalhar, fiquei só indo ao PROCON, mas nem colocava o pé lá dentro não; eu já tava estressado, né? Para evitar atrito, eu não entrava lá dentro não. (R)

Na leitura do psiquiatra que o acompanhou, essa atitude já revelava uma interpretação delirante de R, o que condiz com o quadro de paranoia, hipótese diagnóstica sugerida posteriormente para seu caso:

A construção que ele trazia era a seguinte: ele começou a parar de trabalhar e começou a não concordar com o processo de trabalho dele, porque, segundo ele, numa construção acho que delirante, ele sendo fiscal, oficial, uma coisa meio grandiosa, delirante; um fiscal municipal do PROCON era considerado um cargo importante pra ele e tal. Como ele teria autoridade pra fiscalizar comerciantes, que ganhariam dez, vinte vezes mais do que ele? (Psiquiatra CERSAM Betim Central).

Sobre quadros de paranoia e mais especificamente no caso do R, o psiquiatra assinala:

Eu, assim, por amostragem, não atendi muitos sujeitos paranoicos... com uma ideia, assim, delirante, bem em paralelo com a realidade; ele tinha uma posição delirante, que a gente fala, assim, bem reivindicativa, né? Ou querelante processual, como a gente costuma chamar, que é um delírio de perseguição, persecutório muito direcionado, digamos aí, a um sujeito ou uma instituição, uma coisa mais específica. Muito preservado, muito organizado; os argumentos dele muito lógicos. Mas um quadro, ao mesmo tempo, muito clássico, muito claro pra gente (Psiquiatra CERSAM Betim Central).

Essa estratégia reivindicatória de “cruzar os braços” acabou trazendo alguns problemas para R, já que a chefia começou a emitir advertências, assinalando as suas constantes “faltas” ao serviço. Na avaliação do psiquiatra, esse fato acabou se somando ao seu quadro delirante, reforçando ainda mais a ideia de que era alvo de perseguição:

Essa demanda inicial [aumento de salário], que eu acho que é o postulado inicial desse delírio dele, que não foi obtendo muito sucesso nisso, ele foi se frustrando nisso, isso foi desdobrando, conforme ele tinha retorno das variadas instâncias, desde o chefe imediato dele até... é... outra coisa que foi acontecendo, ele foi já construindo, interpretando, de forma delirante, como se estivesse sendo perseguido... Uma perseguição política, uma conspiração grande, envolvendo forças políticas da oposição, forças da situação de Betim; quer dizer, a coisa se desdobrou de uma forma, que aí, é realmente a psicose cursando aí, evoluindo mesmo (Psiquiatra CERSAM Betim Central).

A essa altura, após alguns anos, R começou a manifestar sinais mais claros de insatisfação com sua situação de trabalho e, por ter se “afastado” de suas atividades, começou a fazer uso de bebida alcoólica durante o tempo em que deveria estar trabalhando:

Ah... Eu comecei a ficar deprimido de ir trabalhar e não ter retorno social, financeiro, né? [Reclamou com o superintendente, chefe do PROCON] Aí ele não disse nada e, depois de um tempo, ele instaurou um PAD e alegou alcoolismo; Processo Administrativo Disciplinar, que resultou na minha demissão (R).

O próprio R parece reconhecer seu problema com relação ao álcool e o quanto isso parecia preocupar seus familiares, sobretudo sua mãe.

[Bebia] só cerveja, mas era muita quantidade. (...) Todos os dias. (...) Não chegava a dar problema não, mas eu ficava depressivo, né? (...) Não chorava não, mas eu bebia todo dia. Isso para consciência da minha mãe virou um transtorno (R).

Por se tratar de um funcionário do município e que apresentava problemas com o trabalho, R foi primeiramente encaminhado pela superintendente, sua chefe na ocasião, ao Setor de Assistência ao Servidor (SAS), que possuía um programa de acompanhamento de servidores, principalmente daqueles que apresentavam problemas relacionados ao álcool. Entretanto, R não aderiu ao tratamento.

Tava na prefeitura. Tava trabalhando. Eu tava insatisfeito com esse tratamento. Aí não dei continuidade a ele não. Eu mesmo pedi para parar. Eu parei de frequentar.(...) Fui lá uns dois ou três meses (R).

Nessa época, R contava com cerca de 4 anos de efetivo serviço no município. Entre a passagem pelo SAS e sua exoneração, não consta, nos registros do caso, nenhum outro tipo de atendimento prestado por algum serviço de saúde. Mesmo no SESMT, ele diz ter ido apenas uma vez para realização de exames periódicos, mais no início de seu trabalho no município.

Eu tive no SESMT uma vez que era um [exame periódico]. Não me lembro [que profissional o atendeu]. Apenas compareci e respondi às perguntas. Eu nem me lembro mais quais foram (R).

Para R, a forma como se deu o processo de exoneração não ficou totalmente esclarecida. Como ele mesmo assinala:

O meu salário sumiu da folha... Aí, já tinham comentado que tinha saído a minha exoneração. Mas de maneira aleatória... Supérflua bem supérflua (R).

Sua mãe, percebendo seus problemas relacionados ao álcool e possivelmente a outras drogas, já havia solicitado a curatela³⁸ de R, além da intervenção judicial no caso. Como resposta a essa solicitação, o juiz determinou que ele fosse internado compulsoriamente, sendo encaminhado inicialmente ao CAPS AD do município. Entretanto, por problemas de infraestrutura desse serviço, que a essa época ainda estava sendo organizado, R foi encaminhado ao CERSAM Betim Central.

Aí, eles me pegaram e com o pedido de curatela da minha mãe... Devido o evento também com drogas. Eles pegaram e me trouxeram para internação compulsória aqui no CERSAM. Aí, eu fiquei preso sem saber o que fazer (R).

Sobre a chegada de R às dependências do CERSAM Betim Central, o psiquiatra que o atendeu nos esclareceu que

R veio de uma forma meio enviesada para o Betim Central. Ele chegou pra gente com uma determinação da promotoria de saúde... através da promotoria familiar... Uma determinação de internação compulsória no CAPS AD, para tratamento de dependência química, porque esse seria um caso de alcoolismo. Ele deve ter chegado em julho, agosto do ano passado. Ele chegou para internação no CAPS AD, num momento em que o CAPS AD estava sendo montada a equipe, parece. Chega lá próximo a um final de semana, parece; a equipe de lá nos encaminhou pedindo uma retaguarda num primeiro momento; parecia que ele não queria, que era involuntária sua ida para o serviço; ele não queria ficar. E chegou aqui, passou o fim de semana; foi ficando; a gente avaliou numa segunda-feira... (Psiquiatra CERSAM Betim Central).

De início, a ida de R para o CERSAM com a determinação de internação compulsória causou surpresa aos profissionais do serviço, uma vez que esse tipo de situação é estranha à própria natureza de um serviço substitutivo, como é o caso do CERSAM.

A gente ficou muito surpreso com a determinação de internação compulsória, de vir para o CERSAM, sem saber como era isso ainda. (Psiquiatra CERSAM Betim Central).

³⁸ Ocorre quando, por determinação do juiz, alguém assume a responsabilidade por uma pessoa considerada incapaz.

Embora a proposta do CERSAM fosse contrária à ideia de internação de longa permanência (e, principalmente, de internação compulsória), como se tratava de uma ordem judicial, a partir de acordos estabelecidos pelos órgãos gestores do município, ficou acordado que R permaneceria no CERSAM Betim Central, mesmo que isso contrariasse a própria lógica do serviço.

... A princípio, sai muito fora, uma internação compulsória de médio, longo prazo, por algumas semanas ou meses, sai completamente fora do que a gente propõe, que são tratamentos de crise... de permanência rápida... Em alguns casos, a gente fica, claro, casos graves, ficam duas semanas, três semanas; mas são, até, as exceções da regra. O que a gente tenta fazer sempre nesse serviço é usar o mínimo a pernoite, né? (Psiquiatra CERSAM Betim Central).

Não podendo ser encaminhado de volta para o CAPS AD, pois esse serviço ainda não estava estruturado, e como não havia, em Betim, local para internação de casos psiquiátricos, R foi então mantido no CERSAM Betim Central sob regime de internação, já que se tratava de uma internação compulsória, determinada pelo juiz. É importante esclarecer que essa determinação judicial não especificava o tipo de instituição onde ele deveria ficar, sendo explícita, somente, a recomendação de que ele fosse internado num serviço 24 horas.

E foi ficando aqui. Essa coisa judicial, uma determinação de internação compulsória para dependência química... foi ficando aqui no CERSAM... Um caso que, dessa forma, nunca tinha ocorrido, 24 horas... Uma ordem que vinha de [de um juiz], sem detalhes também; a princípio, seria uma ordem que não veio com uma determinação para uma internação no CAPS AD e nem para o Betim Central, nomeando esse serviço. Parece que, do ponto que eu vi, na época... depois que vi a papelada judicial, vinha com a determinação, uma determinação em instituição fechada e compulsória, mas não nomeava qual instituição de saúde. E isso aí acabou, meio que arranjo... mas acabou ficando aqui (Psiquiatra CERSAM Betim Central).

Ao chegar ao CERSAM Betim Central, R foi atendido pela psicóloga, que começou a formular outra hipótese diagnóstica para o caso, suspeitando não se tratar de uma dependência química apenas, como sugerido anteriormente à sua chegada ao serviço. Após discutir o caso com os profissionais do CAPS AD, juntamente com o psiquiatra, ela propôs dar outra direção ao tratamento.

Com os atendimentos, logo nas primeiras semanas, ficou muito claro pra gente que era... se tratava de um psicótico, uma paranoia. Nesse sentido, é um caso diferente. Geralmente, a gente atende muito mais esquizofrênicos... [R] É um sujeito muito preservado, muito

inteligente. Sem nenhuma grande desorganização do comportamento (Psiquiatra CERSAM Betim Central).

A presença de R no CERSAM tornou-se um grande desafio aos profissionais, sobretudo por se tratar de uma proposta de internação, sem previsão de quanto tempo ele deveria permanecer no serviço.

Então, R ficou nesse momento sem uma determinação do tempo que ficaria nessa internação... Eu acho até que ele ficou cinco meses. A gente teve muita dificuldade no início, inclusive, a ter mais clareza de que natureza era aquela internação... Agora, a gente teve aí, quase dois, três meses de acesso ao relato... (Psiquiatra CERSAM Betim Central).

Às dificuldades na própria condução do caso somaram-se aquelas relativas ao acesso às instâncias que determinaram a internação de R, até mesmo para questionar o tipo de estratégia adequada ao caso e propor alternativas de tratamento:

Uma coisa na época, que, com o passar do tempo, a gente viu que a gente tinha muita dificuldade de ter acesso a esse promotor, que determinou essa internação; uma coisa que a gente, tanto eu quanto a psicóloga, a gente quis muito, tentar ter acesso à promotoria, pra tentar arrumar uma saída diferente; até isso, porque durante esse processo, foi passando muita dificuldade de estar mais claro como era a natureza dessa internação, dessa determinação judicial. Depois, um caminho ainda, pra tentar ter acesso até o promotor, ou com o pessoal lá pra tentar uma matéria diferente, um parecer... Dar um retorno para esse judiciário que determinou essa internação, de que não se tratava daquela dependência química que motivou a decisão judicial. Quer dizer, algo tinha que ser mudado nesse caminho (Psiquiatra CERSAM Betim Central).

Apesar de questionar a decisão do juiz ao determinar a internação compulsória de R, sob a alegação de tratar-se de dependência química, o psiquiatra assinalou que, nesse caso, ainda foi melhor para ele ter ido para o CERSAM, em vez de ser levado para alguma clínica de recuperação para dependentes químicos, por exemplo.

Acho que até de certa forma, foi muito enviesado o caminho, mas acho que foi até bom pra ele, de certa forma, ter caído aqui num lugar que tem uma equipe que teve um olhar diferente, não só em dependência química; feito diagnóstico, tentado dar outra direção (Psiquiatra CERSAM Betim Central).

Mesmo em se tratando de uma internação contra sua vontade, R progrediu no tratamento, obtendo alguma melhora no seu quadro, conforme observa o psiquiatra:

Ele estava extremamente irritado quando chegou aqui, com isolamento social, muito adoecido; com o tratamento, ele melhorou muito. R é um cara que consegue circular com relativa facilidade, é um cara de bom trato (Psiquiatra CERSAM Betim Central).

Na opinião do psiquiatra, manter R trabalhando, principalmente em outra função que não a de fiscal, ao que parece, poderia se constituir em uma estratégia mais adequada na condução do caso.

O que eu vejo da evolução, pensando então; eu acho que, talvez, o R, não dá para afirmar que ele... trabalho de fiscal para ele, por envolver uma exposição tão grande e na dificuldade, às vezes, de mediar conflitos, fiscal do PROCON, eu acho que não seria o adequado pra ele não. Mas ele é um sujeito que tem uma capacidade de trabalho; eu acho que a capacidade dele podia ser, aí, parcial; talvez um remanejamento, um desvio de função, como se chama, né? Um trabalho administrativo, uma coisa mais... Eu acho que ele é funcional sim; ele é um sujeito preservado, educado, gentil (Psiquiatra CERSAM Betim Central).

É importante destacar que, para o psiquiatra, o quadro de paranoia apresentado por R não pressupõe uma relação causal com o trabalho, embora ele admita a possibilidade de haver alguma forma de relação entre a atividade exercida por ele e os distúrbios apresentados. Assim, ao ser questionado se achava que o fato de R trabalhar como fiscal poderia ter contribuído para o aparecimento do seu quadro, ele respondeu:

É curioso você ver um sujeito, assim, paranoico, né? Atuar como fiscal; uma coisa que chama atenção realmente; fiscalizar comportamentos, atitudes, né? dentro de uma certa... lei e tal... De certa forma, até combina um pouco, né? Se você pensar bem... Mas é algo que, sem um tratamento, uma coisa que... exacerbada essa postura de, digamos assim, de interpretar as coisas... as coisas interpretativas, esse delírio interpretativo, que R apresentava trouxe problemas pra ele... Talvez, possa ter tido aí, com certeza, um fator de... estressor pra ele, né? (Psiquiatra CERSAM Betim Central).

Percebemos outros indícios de que o trabalho de R. possa ter tido alguma participação no surgimento dos seus problemas de saúde, sobretudo pela questão envolvendo inicialmente o salário. Assim, ao ser indagado sobre o motivo que o levou a beber, R diz ter sido por causa da “depressão, essa falta de ‘*status*’ social”, devido ao baixo salário. Outro fator que parece ter contribuído para isso foi a

mudança de gestão, que impôs algumas restrições ao trabalho que realizava. A esse respeito, ele comentou:

A gente fez alguns cursos no PROCON estadual, fez o número de apostilas que eles..., fuçava informação na internet, que eles repassavam pra gente. Aí, mudou a direção, mudou a gestão. Aí, esse trabalho ficou todo desfeito. Eu tive que escutar uma alegação, uma conversa: "Não entra no site do PROCON estadual"... "Não anda pelo corredor"... Escutei umas represálias políticas, umas coisas assim vai desgastando a gente (R).

Por outro lado, não se pode deduzir, baseando nesses elementos, que se trata de um quadro em que o trabalho desempenhou um papel determinante. Na leitura do psiquiatra, é

difícil realmente afirmar se isso contribuiu ou não; aí já é outra... a condição é... realmente é muito complicado de se fazer esse nexo, já que é uma questão, é um adoecimento aí, né? Uma paranoia, que é multifatorial; a gente pensa muito nessa psicodinâmica, diz de uma estrutura, que já nasce com o sujeito, que vai se manifestar em dado momento da vida, né? de qualquer forma. Agora, eu acho que, não o trabalho em si, até porque nem é muito claro pra mim, a questão do nexo, de quando ele entrou lá, ainda, no trabalho; como ele estava na época; como é que se desdobrou; como ele exerceu essa função dele (Psiquiatra CERSAM Betim Central).

No entanto, ainda que não tenhamos elementos suficientes para afirmar o quanto o trabalho é importante para R, o psiquiatra reconheceu ser esse tipo de atividade essencial para seu equilíbrio psíquico. Para esse profissional, as atitudes reivindicatórias de R, manifestadas por sua recusa em trabalhar, eram apenas frutos de sua construção delirante, pois o trabalho era fundamental para ele:

Mas ele... uma coisa muito importante no discurso dele, que fica muito patente, na organização psicodinâmica dele; a vida dele era o trabalho realmente, né? Ele, durante esse processo de adoecimento dele, ele relatava que queria fazer o que ele chamava de protesto silencioso, na prefeitura. Ele ficava lá sem trabalhar, cruzava os braços; mas tudo, pra mim, claramente motivado por uma construção delirante dele (Psiquiatra CERSAM Betim Central).

Assim, na avaliação do psiquiatra, a privação do trabalho parece ter tido, posteriormente ao surgimento dos distúrbios e associado a outros fatores, alguma contribuição no agravamento do caso de R:

Eu acho que nem só a privação do trabalho, embora num segundo momento, num terceiro momento, depois de toda essa trajetória que ele teve, após a exoneração, trabalho para ele, do tempo em que escutei R, que construí do caso dele, realmente era algo muito importante

para ele aí na organização psíquica dele; acho que ocupava um lugar muito importante realmente. Eu falo disso desde... Ele fala pouco dos vínculos de trabalho que ele teve antes, mas o trabalho aparece de forma muito importante pra ele; não só como construção delirante, mas, como ele fala, do fazer-se homem, o trabalho como importante pra ele, uma dignidade, uma honra. Isso tudo realmente vai aparecer de uma forma muito recorrente no discurso dele como importante. O que eu acho que o trabalho, assim, é... a gente pensar numa piora, num agravamento, que eu realcei em diversas reuniões, que eu acho complicado, foi no início do adoecimento dele (Psiquiatra CERSAM Betim Central).

Dessa forma, de acordo com o psiquiatra, o trabalho parecia ocupar um lugar importante na vida de R, mas funcionava principalmente como elemento estruturante do seu tempo e como forma de mantê-lo ocupado. Além disso, o ganho financeiro decorrente dessa atividade possuía destaque em suas falas. Ao ser perguntado sobre a sua atividade de fiscal, ele disse que “gostava. Só não gostava do salário, né? O salário desmerece muito a gente” (R)

Em alguns momentos de seu discurso, foi possível perceber o quanto a sua atual condição de desocupação lhe causava incômodo. Assim, ao ser perguntado sobre o motivo de estar fumando muito, ele respondeu que isso se devia ao fato de “ficar à toa, né? Em todos os aspectos” (R). O único motivo para sair de casa era a ida ao CERSAM, sendo que, nos demais dias em que não havia consulta, dizia ficar em casa “só deitado. Todos os dias. Aí, quando eu venho pra cá, eu fico esperando a hora passar. É o único passatempo que eu tô tendo, né?” (R). Assim, ao se referir ao fato de estar sem trabalhar, ele próprio relatou:

Ah! Eu tô meio deprimido, porque tô só dentro de casa. Tô sem assunto. [está assim] Desde quando fui demitido. Desde dezembro (...) Eu acordo cedo. Fico deitado na cama até tarde do dia. Depois levanto, tomo um banho e volto para a cama. Não tenho ocupação, né? (R).

Nesse sentido, o próprio R considera que o trabalho poderia auxiliá-lo no seu processo de recuperação. A esse respeito, ele disse:

Ah! Seria uma ocupação, né? A mente vazia é oficina do diabo. Tem um ditado que diz (R).

Assim, diante da situação na qual se encontrava, ele manifesta seu desejo, dizendo:

Eu gostaria de ser readmitido. Agora eu vou ter que me contentar com o salário (R)

Quando da entrevista feita com o psiquiatra, o caso ainda permanecia sem solução. A família insistia na ideia de assegurar a aposentadoria para R, o que, na avaliação daquele profissional, não seria a melhor estratégia:

Eu acho um caminho ruim; eu tentei até aconselhar a família, eu acho que não é muito por aí. Mas a família, acho que quer, de certa forma, tem uma preocupação de assegurar ele, assim, que tenha uma segurança, alguma justiça, na verdade, de alguma coisa no trabalho que ocorreu nessa exoneração dele (...) Acho que querem o bem dele; mas é um sujeito que pode vir a ser aposentado talvez realmente. (...) Mas muito novo, né? R tem 43 anos. E o trabalho como sendo importante, visto dessa forma, na organização psíquica dele, até pra questão... clinicamente, para o tratamento a longo prazo, seria interessante pra ele [continuar trabalhando] (Psiquiatra CERSAM Betim Central).

Dessa forma, concordamos com o psiquiatra em relação ao fato de que a tentativa feita pela família no sentido de obter a aposentadoria de R para, de alguma forma, “compensar” o problema da exoneração, talvez não fosse a melhor saída. Tal posição se baseia no fato de que o trabalho parecia ter certa importância na sua vida, seja oferecendo-lhe uma ocupação e estruturando seu tempo, seja proporcionando-lhe uma remuneração³⁹.

Nesse sentido, consideramos promissora a iniciativa da equipe do CERSAM em buscar, como estratégias complementares ao tratamento de R, a sua inserção nas atividades promovidas pelo Centro de Convivência do município.

A gente tá trabalhando outros vínculos com ele fora daqui, coisas mais interessantes pra ele, o próprio Centro de Convivência, outras coisas. Essa coisa do trabalho, pra ele, permanece no discurso dele o desejo de ser reintegrado. A família tem tomado uma outra direção, no sentido de tentar aposentá-lo (Psiquiatra CERSAM Betim Central).

Outro ponto que queremos destacar é que, ainda que R não tenha sido atendido pelo CEREST, houve a iniciativa de articular junto a esse serviço e o SAS (Setor de Assistência ao Servidor) uma forma de assegurar os seus direitos de servidor público municipal. Essa iniciativa surgiu em decorrência de nossa participação na reunião de equipe do CERSAM Betim Central.

Assim, em uma dessas reuniões (5ª reunião da qual participávamos, ocorrida no dia 17 de agosto de 2012), dentre os casos que estavam sendo discutidos, num

³⁹ Não descartamos a hipótese de que o trabalho poderia ter uma maior importância na vida de R indo além desses pontos assinalados. No entanto, faltam-nos dados que permitam avaliar essa dimensão. De qualquer forma, consideramos que, por esses dois aspectos assinalados acima, já vale a pena pensar no trabalho como importante elemento na condução do seu caso.

dado momento, foi citado o caso de R. Quando perguntamos sobre o seu trabalho, fomos interpelados pela equipe sobre a possibilidade de levar o caso para ser discutido no CEREST, com o intuito de verificar quais seriam seus direitos trabalhistas. É interessante observar que esse mesmo caso já havia sido discutido em duas reuniões anteriores das quais participamos (em fevereiro e maio de 2012, primeira e terceira reuniões a que estivemos presentes), sendo que, na época, não se havia cogitado sobre a possibilidade de levá-lo para ser discutido pela equipe do outro serviço (CEREST)⁴⁰. Diante dessa demanda, sugerimos que os próprios profissionais do CERSAM responsáveis pelo caso fossem até o CEREST para discutir sobre ele, sendo que nos dispusemos a intermediar o encontro. Ao colocarmos a psicóloga do CEREST a par da situação, esta se prontificou a organizar a reunião. A partir disso, dispuseram-se a ir ao CEREST o psiquiatra, a psicóloga e a assistente social do CERSAM responsáveis pelo caso. Na ocasião, esteve presente, além desses profissionais do CERSAM e do CEREST, o pessoal da Assistência ao Servidor (SAS), que também acompanhou o caso de R, quando este teve problemas relacionados ao álcool e havia sido encaminhado para tratamento pelo chefe de seu setor, conforme já descrito. Como a visão que os profissionais do CERSAM tinham do CEREST até aquele momento era equivocada, associando-o a uma espécie de “INSS do Servidor Público”, ou seja, um órgão responsável por lidar apenas com aspectos ligados à legislação trabalhista envolvendo o funcionalismo público municipal, julgamos que aquela ocasião seria uma boa oportunidade de fazer os serviços “conversarem entre si”. Isto, porque acreditamos que a participação do CEREST nesse caso poderia ir muito além das questões relativas aos direitos trabalhistas. Retomaremos essa discussão mais adiante; aqui, vale adiantar que, apesar desses esforços, os resultados ainda não se tornaram visíveis.

Teve aquela reunião, aquela discussão, foi interessante... Não tive nenhum retorno, nem procurei (...) O que eu tive de retorno, sobre o caso dele no trabalho, é mais da família, que agora move uma ação de interdição. Vão tentar interditá-lo, orientados pelo advogado, para tentarem ter algum sucesso maior na ação trabalhista contra a prefeitura (Psiquiatra CERSAM Betim Central).

⁴⁰ É importante lembrar também que, nessas reuniões anteriores, não havíamos feito perguntas sobre o trabalho desse usuário

A última informação que obtivemos sobre o caso R, em março de 2014, foi por meio da assistente social do SAS, que informou que, por decisão judicial, ele foi readmitido, embora ela não saiba dizer qual será a conduta da prefeitura: se o realoca em algum serviço, ou se o aposenta. Conforme nos disse essa assistente social, essa última opção é a que tem sido mais utilizada pelo setor de Recursos Humanos da prefeitura para casos – como o de R – que apresentam dificuldades.

Análise do Caso R: ambiguidade dos serviços de atenção à saúde dos trabalhadores

Um dos primeiros aspectos que ressaltam no caso R diz respeito à dificuldade dos profissionais que o acolheram inicialmente em suspeitar que se tratava de um problema psiquiátrico. Aqui já se evidencia um dos principais problemas encontrados nos serviços de atendimento prestado a R. Na avaliação do psiquiatra, R recebeu um “tratamento moral”, não tendo sido devidamente escutado naquilo que apresentava como sendo característico de um adoecimento mental:

Houve uma leitura muito moral, com essa alteração de comportamento que ele apresentava no trabalho, com punições administrativas, várias punições administrativas, chamados a alguma avaliação pericial. Ele não comparecia em forma de protesto, tal; e aquilo sempre, em nenhum momento... parece que não houve ninguém, um santo no caminho dele, pra, poxa, pra “será que não tem nada errado aqui? Será que esse cara...?” (Psiquiatra CERSAM Betim Central).

Um fator que parece ter sido um agravante na adequada identificação do problema foi a própria postura de R, que, segundo os profissionais do CERSAM Betim Central, começou a ser incômoda, o que foi caracterizado com sendo um “mau comportamento”, por ele não executar suas atividades e, também, fazer uso de álcool durante o expediente de trabalho.

Porque, ele foi encaminhado [aos setores administrativos] antes por mau comportamento dele, de ser hostil, irônico, não aceitar fazer as atividades que eram pedidas; porque ele fala que fazia greve de um homem só, porque ele queria ter aumento de salário (...) Então, ele começava a fazer um movimento de não trabalhar bem; ou então, quando ele começou a trabalhar, ele sentia toda uma pressão, como se ele fosse o centro da perseguição das pessoas que ele estava fiscalizando (...) Ele reivindicava demais (...) Porque ele fazia valer a

lei, então, começou a ter uma pressão muito grande contra ele (Psicóloga CERSAM Betim Central).

Dessa forma, parece que a falta de conhecimento no que diz respeito a questões de saúde mental por parte dos profissionais que primeiramente acolheram R é um elemento importante na compreensão dos problemas relativos ao tratamento dado a ele e na determinação do seu fluxo na rede. Entretanto, e esse é o ponto que mais nos interessa aqui, não seria o caso de, na ausência desse tipo de conhecimento dos profissionais, buscar suporte na própria rede, para que algum dispositivo da saúde mental pudesse auxiliar na identificação dos problemas apresentados por R? Já que seu caso, à semelhança de G, foi encaminhado para o SAS, seria de se esperar que, também aqui, esse serviço identificasse adequadamente qual era a natureza do problema e desse os devidos prosseguimentos ao caso⁴¹. Isto, porque um dos objetivos desse serviço é lidar com situações consideradas “problemáticas”, como, por exemplo, uso abusivo de álcool, conflitos com chefia, etc., envolvendo servidores públicos municipais. Entretanto, tal fato não ocorreu, pois, segundo a assistente social do CERSAM Betim Central, R chegou a ser encaminhado ao SAS por problemas relacionados ao álcool, porém

lá, a assistente social fez um relatório, [dizendo] que ele não aceitou o atendimento (Assistente social CERSAM Betim Central).

E, conforme já assinalamos anteriormente, entre essa passagem pelo SAS e a exoneração, não constam outras passagens de R pelos serviços do município, o que sugere que, nesse período, ele não contou com atendimentos prestados por nenhum desses serviços. Assim, ao que nos parece, estamos diante da dificuldade de articulação dos diversos dispositivos da rede entre si, tornando evidente, nesse caso, a falta de preparo dos profissionais para lidar com o tipo de problema apresentado por R, e, conseqüentemente, a dificuldade em acionar os dispositivos mais adequados para lidar com ele.

Como não houve o encaminhamento adequado do caso, coube a um juiz estabelecer a forma de tratamento que seria destinada a R. Entretanto, a mesma

⁴¹ Mais adiante, levantamos algumas hipóteses que podem explicar a diferença no encaminhamento dado aos casos de G e R.

falta de conhecimento das especificidades que o caso apresentava parece que esteve presente na decisão desse juiz, que, por não dispor de uma assessoria especializada que o informasse sobre o tipo de problema de R, acabou por determinar sua internação compulsória, com alegação de dependência química. Eis a avaliação do psiquiatra:

Me parece que o promotor, eu não sei que foi, foi mal assessorado do ponto de vista técnico, para indicar a internação para um sujeito, que, na verdade, é um sujeito paranoico. E a alegação da família, o pedido de ajuda da família, que vinha na construção da família... a família construiu isso... de que, por um uso de álcool, a provável dependência química estaria trazendo desorganização da vida dele tão intensa... trazendo problema no emprego. Ele vinha tendo falta no emprego, sofrendo o processo de exoneração, que na verdade, já tinha sido até concluído nessa época já, pela prefeitura. (...) Então, a família, com esse relato, procura o judiciário, e o judiciário, parece que um pouco assessorado às escuras, faz uma determinação de uma internação compulsória de um paciente que, na verdade, não era simplesmente um dependente químico (Psiquiatra CERSAM Betim Central).

Nesse sentido, não apenas a estratégia sugerida para o caso dada pela promotoria parece ter sido equivocada, mas a própria motivação para essa tomada de decisão também revela suas fragilidades:

Diante de uma demanda da mãe que procurou uma promotoria da saúde no ministério público e... quase que baseado apenas num relato de familiares, a promotoria determina uma internação compulsória para dependência química, algo não foi escutado dele, eu acho que no trabalho, no processo todo que ocorreu do adoecimento dele, ele foi muito pouco escutado (Psiquiatra CERSAM Betim Central).

Não é objeto de nossa tese a discussão sobre a internação compulsória. Interessa-nos, aqui, apenas assinalar o quanto a falta de compreensão dos distúrbios apresentados por R resultou em uma medida que aponta para a dificuldade da articulação da rede.

As reflexões feitas pelo psiquiatra do CERSAM Betim Central revelam essa dimensão do problema.

E depois, a gente pensando até, nessa questão, de como foi feita, inclusive, essa ordem de internação compulsória... uma coisa que a gente discutiu muito, nas reuniões, a C [psicóloga], tal... de como eu acho que... Isso tem ocorrido... isso não é uma coisa só de Betim; a gente vê as internações compulsórias, o direito, a lei, né? Ela tem entrado muito nisso. Eu acho que não é à toa que entra também; acho que há uma falta de assistência; é uma assistência muito precária a que a gente tem no Brasil. Então, eu acho que a família sofre muito com isso... Então, aí eu acho que o direito, a lei, a atenção judiciária entra com essas internações também. Não sei se só por isso; mas eles entram, às vezes, muito às

escuras, né? Eu acho que o caso do R ilustra isso muito bem (Psiquiatra CERSAM Betim Central).

Assim, o suposto equívoco do judiciário, ao determinar que R fosse internado compulsoriamente, denuncia a ineficiência da rede para lidar com problemas dos seus usuários. Houve uma dificuldade dos primeiros serviços que acolheram R em identificar seus problemas, não se comunicando com os dispositivos mais adequados para lidar com ele, silenciando-se perante o caso. Diante disso, coube ao judiciário, atendendo a uma solicitação da mãe, intervir no processo, determinando sua internação.

Vários são os fatores que explicam as dificuldades dos serviços em se articularem entre si para a resolução dos casos atendidos. Muitos desses fatores já foram discutidos anteriormente, quando analisamos o caso de G e que também identificamos no caso de R: excesso de demanda pelos serviços, com quadro reduzido de trabalhadores, além da falta de articulação dos diversos setores envolvidos.

No caso de R, outros dois fatores parecem ter sido determinantes nessa dificuldade de integração dos serviços: de um lado, a desconsideração, por parte da própria prefeitura, a respeito das especificidades de um serviço substitutivo; de outro, a própria dificuldade do SAS em saber qual é a sua vocação, o que dificulta o encaminhamento dos casos. Tal situação nos coloca diante do problema da falta de qualificação dos profissionais que atuam nos serviços de acolhimento aos usuários.

Quanto ao primeiro aspecto, o município, ao se ver diante da necessidade de internar R, ignorou a natureza do serviço prestado pelo CERSAM e obrigou os profissionais a assumirem integralmente a responsabilidade pelo caso, o que acabou fazendo com que eles não contassem, de início, com outros serviços como suporte. Conforme dissemos, a decisão de que R fosse para o CERSAM Betim Central foi fruto de negociação, o que sugere que ali seria o único dispositivo em condições de acatar a determinação judicial.

O que se observa, portanto, é que a saída encontrada pelo município, para lidar com a determinação do juiz, mostrou-se inadequada à estrutura da própria rede de saúde. Assim, se a proposta de um serviço de saúde mental é melhorar a condição do usuário do serviço, o mesmo não se deu no caso do R, que, em função

do seu quadro, viu seus problemas de saúde se agravarem inicialmente, por estar em um serviço inapropriado para o tipo de proposta sugerido pelo promotor.

Quer dizer, um paciente sem uma indicação clínica pra ficar o tempo que ficou aqui. Ficou simplesmente porque era uma internação compulsória, um fato novo pra gente, no CAPS: uma internação compulsória fechada num serviço que é uma casa; o sujeito não tem nem um leito próprio dele; são leitos de alta rotatividade; nenhuma rotina de hotelaria; digamos assim, que um hospital psiquiátrico, com todos os problemas que tem, mas oferece um serviço de hotelaria; ter o armariozinho dele lá, tem a cama dele; aqui, nem isso tem. Então, a gente viu que essa permanência aqui foi muito insalubre pro R, sem sombra de dúvida; ele ficou deprimido até o final... (Psiquiatra CERSAM Betim Central).

Portanto, o que podemos observar no caso de R é que a equipe do CERSAM Betim Central foi obrigada a recebê-lo sem contar com os recursos adequados ao seu tratamento, vendo-se, ainda, sozinha e sobrecarregada, já que não pôde contar com outros serviços da rede para auxiliar na condução do caso, conforme assinalamos acima.

Outro fator que nos ajuda a compreender os problemas apresentados no encaminhamento dado ao seu caso diz respeito à falta de clareza quanto à própria natureza do tipo de atendimento prestado pelo SAS e à falta de qualificação dos profissionais que atuam nesses serviços. Esse setor, apesar de contar com psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, psiquiatra, fonoaudiólogos, etc, nasce sem propostas e objetivos claramente definidos, não tendo uma diretriz que sirva de orientação aos profissionais que ali atuam. Apesar disso, conforme já dissemos, muitos casos de servidores considerados “problemáticos” (problemas com chefia, uso de álcool e outras drogas etc.) são encaminhados para que o serviço atenda e busque solução.

Vemos tratar-se de duplicidade de ações, já que, além do município contar com o CEREST, observamos que o SAS presta basicamente o mesmo tipo de serviço de apoio a todos os funcionários do município, inclusive, servidores que apresentam problemas de saúde mental, sobretudo, aqueles ligados ao álcool. No entanto, conforme já demonstramos, apesar de contar na formação de sua equipe com psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, além de outros profissionais, esse serviço se subordina à Secretaria de Administração, o que sugere uma ambiguidade no que diz respeito aos seus objetivos, já que sua lógica parece estar mais voltada à gestão dos Recursos Humanos, do que propriamente da saúde. No caso de R, isso se evidenciou na dificuldade de se fazer

uma leitura adequada dos problemas por ele apresentados e de encaminhá-lo aos serviços que teriam melhores condições de conduzi-lo. Assim sendo, a imprecisão quanto à vocação desse serviço se reflete, também, na falta de qualificação dos profissionais para lidarem com os problemas de saúde que chegam ao setor.

Se essa falta de capacitação e qualificação já é crônica no interior do próprio SUS, o que pensar dos profissionais do SAS que, apesar de atuarem diretamente com a saúde, não contam com o suporte dessa rede, por pertencerem a uma outra secretaria?

Essa questão se torna crucial, notadamente, se levarmos em consideração que a qualificação profissional surge como um elemento fundamental para uma atuação mais efetiva, seja na identificação dos problemas relacionados ao trabalho, seja no encaminhamento dado aos usuários dos serviços.

Em suma, o que podemos constatar é que, conquanto em vários momentos tenhamos observado o esforço dos profissionais em dar uma boa condução ao caso de R, há vários aspectos nele que podem ser considerados como pouco exitosos. Como avalia o psiquiatra, o caso teve furos

em vários momentos talvez. Acho que R teve pouca sorte. Talvez, a coisa podia ter acontecido de um jeito diferente; talvez o emprego dele podia ser mantido. Eu não sei se ele seria competente pra continuar exercendo a função que ele exercia antes; mas, foi um sujeito que ficou adoecido, uma doença grave, uma paranoia, e perdeu o trabalho dele. (...) Ele teve pouca sorte nisso aí, pela natureza do quadro e talvez pelas circunstâncias em que aconteceu (Psiquiatra CERSAM Betim Central).

Essa situação só começou a se modificar quando da nossa entrada no serviço realizando a pesquisa. Conforme já assinalamos anteriormente, o fato de estarmos participando das reuniões de equipe no CERSAM Betim Central e termos indagado, num dado momento, sobre o trabalho de R fez com que os profissionais desse serviço propusessem a discussão de seu caso com o CEREST. Assim, ainda que tardiamente, o caso passou a ser tratado pela rede, sendo que os profissionais dos serviços envolvidos começaram a pensar em estratégias mais adequadas à sua condução. Isso reforça nossa hipótese de que a falta de conhecimento, tanto do funcionamento da rede como um todo (e nesse caso, mais especificamente do CEREST), quanto das questões relativas ao trabalho e sua relação com a saúde/doença, podem ter desempenhado um papel importante nas dificuldades relativas à condução do caso R.

5.1 .3 – Caso L

O terceiro caso que nos propomos a relatar é de uma paciente, aqui identificada pela letra L, que foi encaminhada ao CEREST de Betim por uma psicóloga da UBS Alcides Braz.

L tinha 42 anos de idade à época do nosso contato, em abril de 2013, e trabalhava há 12 anos como Agente Comunitária de Saúde (ACS) na região onde residia. De acordo com sua narração, o trabalho das agentes comunitárias envolve uma aproximação muito grande com os usuários que estão em sua região, e isso o torna bastante pessoal e próximo. Assim sendo, ela dizia ter de enfrentar, desde situações em que lhe era demandada uma atenção especial (como, por exemplo, o caso de uma paciente que chega e “deita nas minhas pernas e no meu colo pra chorar”), até casos envolvendo usuários de drogas que contraem doenças, como a tuberculose. E, apesar de ter de lidar constantemente com situações desse tipo, L assinalou que o treinamento dado às ACS era insuficiente para enfrentá-las. Somam-se, a isso, outras dificuldades, como, por exemplo, o número reduzido de ACS para o elevado número de usuários que devem ser atendidos. Conforme ela disse, “é tanto caso que o ACS não dá conta, e ele tem que acompanhar todos”. Essa situação se agrava ainda mais, quando um colega tira férias, pois aqueles que permanecem trabalhando se tornam responsáveis por cobrir as áreas dos que estão de férias e não são substituídos por outros profissionais, o que faz com que aumente o número de casos a serem atendidos por cada um dos ACS. Considerando esses aspectos, ela ressaltou que um ACS deve enfrentar diversas complicações em seu trabalho. As situações que vivenciou revelam as dificuldades que os profissionais enfrentam ao ter de lidar com uma grande diversidade de problemas sem um treinamento adequado. Tudo indica que isso pode ser patogênico, já que vários colegas de L adoeceram ao longo de sua experiência, segundo relato da psicóloga da UBS onde L trabalhava.

No caso específico aqui analisado, alguns eventos se somaram a esses fatores, contribuindo para o adoecimento da ACS. Assim, três fatos que ocorreram na sua experiência profissional foram colocados por ela como significativos para o agravamento do seu quadro.

O primeiro diz respeito a um paciente que ela atendia e que era soropositivo. Tratava-se de alguém que não podia contar com o auxílio da família, e L o acompanhava em diversas situações, como em consultas médicas, por exemplo. Ela relata que isso lhe trouxe alguns desconfortos pela forma como as pessoas enxergavam sua relação com esse paciente, que, às vezes, era confundido com seu marido. Dessa forma, o fato de ter uma aproximação muito grande com os usuários que eram da sua região, tornando o trabalho bastante pessoal e próximo, fazia com que L percebesse a sua privacidade “invadida” pelo trabalho.

O segundo caso relatado ocorreu 8 anos antes e, para ela, envolveu uma situação bem mais delicada. Havia uma paciente grávida e, nessa mesma época, surgiu uma jovem vinda do interior que passou a trabalhar com essa paciente, pois esta precisava de suporte, tendo em vista que o marido, muitas vezes, não podia estar em casa. Durante o período em que essa jovem acompanhava sua patroa nas consultas, as enfermeiras começaram a notar alterações no seu corpo suspeitando de uma possível gravidez. Ao ser questionada pelas enfermeiras sobre isso, ela negou dizendo que estava com um cisto, mas vinha se tratando e com isso o assunto acabou sendo esquecido. Durante os meses que se sucederam, houve uma situação em que L foi procurada em sua casa, pois as pessoas estavam sem notícias da patroa e de sua empregada.

Ao bater na porta da casa dessa paciente e não obter resposta, L decidiu abri-la, deparando com a jovem acompanhante perdendo bastante sangue. Ela levou-a imediatamente para o hospital. Ao chegar lá e a jovem receber os socorros necessários, L foi surpreendida com os enfermeiros de plantão lhe informando que aquela mulher tinha dado à luz uma criança, e lhe perguntando sobre o bebê. Nesse momento, ela percebeu que havia se tornado uma espécie de cúmplice, pois foi ela quem socorreu a vítima e agora era acusada do desaparecimento da criança, pois ninguém sabia onde estava o recém-nascido. Depois de um momento de grande estresse que envolveu a polícia, ela retornou à casa da paciente para ajudar uma pessoa que estava limpando o sangue e encontrou embaixo do armário uma caixa com um bebezinho recém-nascido e morto pela própria mãe. Esse episódio teve um forte impacto sobre L, sobretudo, por ter uma irmã na fila de adoção. Segundo ela, não pôde deixar de pensar em sua irmã “...que não podia ter um bebê e estava na fila para adotar e encontro um bebê nessa situação”.

O terceiro episódio que narrou e que teve também um grande impacto sobre ela envolveu uma família, composta por pai, mãe e filha, que, vinda do interior, chegou à comunidade em que atendia. Eram pessoas humildes que aparentavam ter poucas posses e que construíram sua casa passando a se sustentar por meio da ajuda do povo. Durante o convívio com essa família, L descobriu que a mãe tinha decidido vir para Belo Horizonte porque o pai de uma de suas filhas lhe tinha tirado essa filha, sendo que ela estava tentando trazê-la para seu convívio. Nesse momento, L procurou a ajuda da assistente social, e juntas conseguiram acionar o conselho tutelar. Devido a isso, ocorreu uma intervenção no sentido de conseguir localizar a filha daquela senhora, mas tanto L quanto a assistente social tiveram de acompanhar todo o processo. Ela relata que houve inclusive a intervenção da polícia, devido aos relatos de periculosidade do pai da menina. “Ele [policial] chegou a me dar colete à prova de bala”.

Ao relatar esse caso, L disse ter ficado muito apreensiva, pois acabou se envolvendo em uma situação perigosa, que colocou em risco sua integridade física e que, no entanto, não fazia parte de sua função como ACS.

Tudo indica que esses eventos, somados aos fatores já descritos anteriormente, culminaram no adoecimento de L, que chegou ao CEREST relatando que, em diversos momentos, não conseguia sair de sua casa e se isolava, colocando as situações vividas no trabalho como principal causa desse problema. Relatou que, muitas vezes, se sentia mal ao sair à rua, chegando a ficar, certa vez, até quatro dias sem sair de casa, apresentando, ainda, constantes variações de humor.

Atualmente, a paciente relata não conseguir mais realizar os serviços que envolvem um contato direto com seus pacientes ou fazer as visitas previstas. Um sentimento de angústia e de tristeza está sempre presente em seus relatos. Além disso, surgiu uma mancha em sua pele. Que se tornava mais evidente à medida em que seu estresse aumentava. Ela relatou, também, que, várias vezes, levou essas questões do seu trabalho e sua incapacidade de realizá-lo para sua chefe, que parecia compreender seus problemas. Também seus familiares demonstraram compreender sua situação e, segundo seu relato, eles sempre a acompanharam e tentaram entendê-la, incentivando-a a buscar ajuda psicológica. Dessa forma, sua condição era conhecida por todas as pessoas à sua volta.

L contou também um episódio que a fez pensar melhor sobre sua situação. Ao realizar uma visita em um dos postos de saúde, percebeu uma mulher que estava gritando e agindo de forma violenta e, ao perguntar às pessoas ao seu redor o que se passava, descobriu que se tratava de uma ACS que ela conhecia.

Eu não quero chegar nesse nível. Eu a conheci uma vez fazendo o curso do Pitágoras e ela ficou na minha sala; era uma ótima agente de saúde e está afastada e internada (L).

Esse acontecimento foi decisivo para levá-la a compreender que deveria procurar auxílio.

O primeiro contato formal feito por L ao procurar ajuda foi com uma dermatologista, devido à mancha na sua pele. Nesse atendimento, a dermatologista receitou uma pomada, dizendo que, caso não melhorasse, ela deveria retornar. Segundo L, a médica relacionou seu problema com o trabalho, afirmando: “Com certeza é problema psicológico. É o seu trabalho que está trazendo isso!”. Ela acrescentou que essa profissional atendia a diversas ACS e percebeu que seu problema era semelhante ao que observava em outros pacientes dessa mesma categoria de trabalhadores, permitindo que levantasse a hipótese de ser um quadro provocado pelo trabalho. Os próprios familiares de L manifestaram sua preocupação pelo fato de saberem que algumas de suas colegas, que começaram o trabalho juntamente com ela, tiveram de deixar o emprego em razão dos mais diversos problemas de saúde.

Da mesma forma, uma das enfermeiras da UBS onde L trabalhava parecia estar atenta às suas queixas. Ao ser entrevistada sobre o caso de L, essa enfermeira disse que já conseguia ver seu problema como algo relacionado ao trabalho devido ao próprio caráter de suas queixas, que eram sempre “focadas no trabalho”. Por esse motivo, a enfermeira a encaminhou para atendimento psicológico a ser realizado na UBS Alcides Braz. Esse atendimento ocorreu em uma única sessão, porque a psicóloga percebeu que “a demanda dela é algo muito relacionado ao trabalho”, conforme ela mesma relatou em entrevista sobre o caso. A própria psicóloga da UBS afirmou que diversas ACS têm procurado o serviço psicológico e que, nessas situações, ela costuma realizar algumas sessões para ver qual é, de fato, a demanda. Ela concluiu que, no caso de L, essa demanda era mais explicitamente ligada ao trabalho, motivo pelo qual a encaminhou ao CEREST.

Nesse serviço, L foi atendida pela psicóloga que sugeriu discutir juntamente com ela sobre o melhor encaminhamento a ser dado ao seu caso. De acordo com L, havia a possibilidade de ser afastada do cargo, mas ela mesma acreditava que isso a tornaria “prisioneira da própria casa”, pelo fato de que trabalha no mesmo bairro onde mora e muitas vezes os pacientes a procuram em sua residência: “Você sempre tem que estar à disposição, não pode adoecer nem nada”.

Dessa forma, ela não teria como contornar essa situação, e os outros profissionais que a acompanharam concordaram com isso. Outra possibilidade que foi colocada seria a de um desvio de função para um outro posto de trabalho na própria unidade de saúde onde trabalhava. L. argumentou que isso poderia ser positivo, pois teria “tipo um escudo, vou ficar do outro lado da recepção”. Isto, porque, como ela mesma assinalou, seu maior problema era a visita domiciliar. Para que essa medida fosse viabilizada, seria necessário, no entanto, um relatório de um psiquiatra, e o CEREST não dispõe de profissional com essa especialidade. Houve a ideia de se procurar o SESMT, mas L. argumentou que, nesse serviço, são feitas apenas perícias e não há fornecimento desse tipo de relatório, o que tornaria possível apenas seu afastamento, mas não o seu desvio de função.

No nosso último contato com a psicóloga da UBS, foi-nos informado que L. havia conseguido o atendimento de um psiquiatra tornando possível o desvio de função.

Atualmente, ela continua sendo atendida pela psicóloga do CEREST e tem apresentado melhoras, inclusive na sua forma de se portar diante dos usuários. Segundo ela, está “aprendendo a dizer não” em algumas situações que lhe são apresentadas, o que reduz seu desgaste.

Análise do Caso L: a importância da experiência dos profissionais

Conforme podemos depreender desse caso, a formação e a experiência dos profissionais envolvidos parecem ter sido um elemento decisivo, tanto para a identificação dos problemas de saúde de L, como para as decisões relativas ao seu encaminhamento. No caso da dermatologista que a atendeu, fica claro o quanto ela se valeu de sua experiência profissional, quando se baseou no atendimento de

outras ACS para constatar problemas de saúde semelhantes entre essas trabalhadoras e que podem ser oriundos de dificuldades encontradas no exercício de suas atividades. Isto foi fundamental para que essa especialista estabelecesse uma possível relação entre o problema de saúde de L e o seu trabalho.

A mesma sensibilidade para suspeitar da relação entre os problemas de L e seu trabalho encontramos na enfermeira da UBS onde ela também trabalha. Assim, ao verificar que as queixas de L giravam em torno do trabalho, essa enfermeira a encaminhou para o serviço de psicologia da UBS Alcides Braz. Por conhecer a proposta do CEREST, a psicóloga dessa unidade, por sua vez, encaminhou L para esse serviço, entendendo ser ele o mais adequado para conduzir o caso, por se tratar de problemas relacionados ao trabalho.

Nessa sequência de encaminhamentos feitos no caso de L, algumas questões nos interessam aqui discutir. Conquanto seja importante enfatizar que o caso apareceu, pela primeira vez, na Atenção Básica, sendo posteriormente encaminhado para um serviço especializado, configurando-se, nesse aspecto, um fluxo mais condizente com a proposta do SUS, ao que nos parece, parte desses encaminhamentos dependeu muito mais da sensibilidade do profissional que a acolheu, do que propriamente de um caminho natural do fluxo de atendimento. Isso é o que observamos, por exemplo, na tomada de decisão da enfermeira da unidade onde L trabalha de encaminhá-la para o serviço de psicologia.

Também no que concerne à dermatologista, tudo indica que suas decisões foram sustentadas, basicamente, em sua experiência profissional, não havendo, portanto, uma referência a dados epidemiológicos oficiais que pudessem servir de apoio para o encaminhamento do caso.

Assim, o que esse caso sugere é que os elementos que permitiram a esses profissionais balizarem suas ações estão ainda restritos ao âmbito individual, de forma que a boa condução desse e de outros casos fica na dependência de sua sensibilidade e certo conhecimento do problema, a tal ponto que, para ter resolutividade em seu encaminhamento, o usuário tenha que contar com o fator “sorte” para ser atendido por profissionais com esse tipo de “perfil”.

De acordo com o próprio relato de L, pode-se concluir que o envolvimento de algumas pessoas com seu problema foi necessário para que ela fosse devidamente encaminhada ao CEREST. Foi salientado por ela que os profissionais que a atenderam possuíam o “dom de escutar”, colocando isso a partir de situações em

que percebeu que muitas enfermeiras e demais profissionais da saúde não estão devidamente aptos para realizar esse trabalho.

É importante frisar que não estamos desconsiderando a importância do envolvimento individual dos trabalhadores da saúde na condução dos casos. O que queremos ressaltar é que isso, por si só, é insuficiente para sustentar um projeto de rede em saúde pública, já que há sempre a possibilidade de que os profissionais vinculados a determinadas unidades possam ser realocados, ou mesmo desligados dos serviços. A falta de um projeto que assegure a sua qualificação e integração, não apenas interna aos serviços, mas também dos dispositivos entre si, pode comprometer o adequado tratamento dos problemas de saúde apresentados pelos usuários. Foi isso que vimos nos dois casos anteriores.

A despeito dessas dificuldades, esses casos ilustram o quanto essa articulação é importante. Isto é flagrante no caso de L: durante o tempo em que ela teve a piora no seu quadro de saúde, a enfermeira que a acompanhava foi mandada embora. Na ocasião, uma outra enfermeira teve de assumir o caso e, felizmente, essa nova enfermeira estava a par da situação, o que permitiu a continuidade do tratamento. Como avalia L, “se fosse uma nova pessoa, eu estava no zero”, sugerindo que teria de recomeçar todo o processo.

Apesar de ter havido, nesse caso, uma maior articulação dos profissionais envolvidos, que demonstraram ter conhecimento suficiente para realizar um diagnóstico correto e fazer o adequado encaminhamento, isso não é o que parece predominar em alguns dos serviços de saúde de Betim, inclusive, naqueles por onde L passou. Quando a questão envolve problemas de saúde mental nos contextos de trabalho, a situação se torna ainda mais crítica, conforme vimos nos casos de G e R.

A própria psicóloga da UBS que a atendeu assinalou situações que revelam um despreparo dos profissionais no que diz respeito ao “acolhimento” da pessoa que chega à unidade de saúde, ao negligenciarem, inclusive, a investigação sobre uma possível relação entre os distúrbios apresentados e o trabalho. Nesse sentido, ela realizou um trabalho de divulgação para tornar essa questão um tema de discussão entre os profissionais, enfocando, desde a recepção e o acolhimento dos usuários que chegam à UBS Alcides Braz, até como entender a demanda do sujeito para realizar seu encaminhamento. Entretanto, enfatizou que uma das maiores dificuldades nessa sensibilização consiste em lidar com as diversas categorias de profissionais e suas diferentes visões, inclusive no que diz respeito à maneira como

o trabalhador encara as tarefas que realiza, sendo que muitos desses profissionais continuam tendo dificuldades em considerar o trabalho como elemento importante na compreensão do adoecimento dos usuários que chegam ao serviço.

Consideramos que essa capacitação dos profissionais sobre questões da saúde em geral e mais especificamente sobre a saúde mental relacionada ao trabalho é um fator crucial para a adequada identificação e tratamento dos problemas que se apresentam, cada vez mais frequentemente, aos profissionais de saúde.

No posto de saúde em que L atuava, uma das enfermeiras propôs também um trabalho de sensibilização dos profissionais para que as questões da atividade laboral fossem abordadas durante as anamneses e que, com isso, a detecção dessas questões pudessem se tornar mais claras para eles.

Essas iniciativas foram tomadas a partir das visitas que a psicóloga do CEREST passou a fazer aos diversos dispositivos do SUS divulgando não apenas o serviço, mas também o trabalho que ela vinha desenvolvendo no campo da saúde mental e o trabalho no âmbito de sua instituição.

Isso possibilitou, no caso desses serviços envolvidos no atendimento de L, que houvesse, de acordo com a avaliação da psicóloga do Alcides Braz, uma melhor articulação entre essas unidades e o CEREST, sendo que, a partir daí, devido às indicações, referências e contra-referências, o encaminhamento dos pacientes e acompanhamento dos casos passasse a ocorrer de forma mais satisfatória.

Convém esclarecer que, em termos conceituais, conforme assinalam Fratini; Saupe e Massaroli (2008), os termos referência e contra-referência podem ser definidos da seguinte forma:

Referência representa o maior grau de complexidade, para onde o usuário é encaminhado para um atendimento com níveis de especialização mais complexos, os hospitais e as clínicas especializadas. Já a contra-referência diz respeito ao menor grau de complexidade, quando a necessidade do usuário, em relação aos serviços de saúde, é mais simples, ou seja, “o cidadão pode ser contra-referenciado, isto é conduzido para um atendimento em nível mais primário”, devendo ser esta a unidade de saúde mais próxima de seu domicílio (Fratini; Saupe; Massoli, 2008, p. 67).

Santos (2010) considera que a estratégia de referência e contra-referência tradicional pode tornar a relação entre profissionais “impessoal”, com “transferência de responsabilidade” entre em serviço e outro, além de fazer com que caiba “ao

paciente e familiares providenciar o deslocamento e procedimentos administrativos necessários para a etapa seguinte em outro serviço de saúde” (Campos e Amaral *apud* Santos, 2010, p. 51).

Entretanto, em se tratando da relação entre o CEREST Betim e as demais unidades de saúde, essa estratégia de referenciar e contra-referenciar os casos se reveste de outro caráter, por permitir a profissionalização dos serviços e maior aproximação dos profissionais das diferentes unidades. Isso fica mais compreensível quando constatamos que, durante algum tempo, até mesmo essa prática de formalizar a referência e a contra-referência não era comum a alguns serviços do município que encaminhavam casos (quando o faziam) ao CEREST. Assim, o encaminhamento, muitas vezes, era feito por telefone e, em alguns casos, não havia nem mesmo essa preocupação de comunicar ao CEREST a respeito do encaminhamento de um usuário, cabendo a ele próprio, quando de sua chegada ao serviço, informar o profissional e a unidade que o indicaram.

Nesse sentido, o recurso da referência passou a permitir ao CEREST não apenas manter o registro dos usuários, identificando os profissionais e unidades que estavam encaminhando trabalhadores, mas também, a partir daí, traçar estratégias de divulgação do próprio serviço, procurando contemplar aquelas unidades que menos encaminhavam usuários. No caso da contra-referência, sobretudo no que diz respeito à saúde mental, a psicóloga passou a se servir desse recurso como meio de divulgar aos profissionais, que lhe encaminhavam os casos, informações sobre questões relativas ao adoecimento mental dos trabalhadores.

Note-se, portanto, que, no CEREST Betim, a contra-referência é usada em sentido ligeiramente diverso daquele descrito anteriormente, sendo entendido, dentro da lógica desse serviço, como o retorno detalhado do caso, retorno esse oferecido aos serviços que encaminharam o usuário ao centro.

Apesar de essa estratégia começar a apresentar alguns resultados, como retornos feitos pelos profissionais, além de aumento nos encaminhamentos de casos com suspeitas de problemas mentais relacionados ao trabalho, tal como foi discutido em algumas reuniões de equipe do CEREST, observamos que, no caso específico de L, a aproximação desse serviço com a UBS Alcides Braz foi facilitada pelo vínculo que a psicóloga dessa unidade possui com o CEREST e mais especificamente com a psicóloga desse serviço, sendo que essas profissionais já se conheciam antes mesmo de assumirem os atuais cargos.

Isso sugere que o êxito dessas ações parece estar mais relacionado aos laços informais criados por essas profissionais, do que propriamente à formalização dos serviços em função de políticas públicas já efetivadas. Assim, como foi possível perceber através das entrevistas realizadas com a psicóloga da UBS Alcides Braz, o conhecimento do CEREST e a sensibilidade para tratar e entender as questões relacionadas ao trabalho é algo que ainda fica muito na dependência de cada profissional individualmente, o que reforça nossas considerações anteriores de que o êxito nos casos atendidos está mais condicionado ao envolvimento pessoal de cada um desses profissionais. Isso leva a um cenário na saúde pública em que um usuário que necessite de um atendimento especializado, sobretudo no âmbito da saúde do trabalhador, pode encontrar diversas dificuldades, tanto no diagnóstico quanto no encaminhamento adequado do seu caso, sendo que tal encaminhamento vai depender, essencialmente, da boa vontade daqueles que o conduzem.

Tudo isso nos permite concluir que a rede que o CEREST pretende capacitar, tornando-a apta a lidar com questões relativas à saúde do trabalhador (principalmente à saúde mental), depende ainda de atores específicos que sejam sensíveis a essas questões. Apesar disso, o caso L serve para ilustrar que alguns avanços já podem ser observados na direção da consolidação dessa rede.

Observamos, por exemplo, que, no processo de capacitação dos profissionais, uma estratégia que parece ocupar um lugar importante é o matriciamento. A própria psicóloga da UBS Alcides Braz reconhece que as reuniões de matriciamento são importantes para preparar os profissionais e abrir os diálogos possíveis para que as questões do trabalho possam aparecer e ser discutidas com aqueles que irão aplicá-las no seu cotidiano. Esse cenário nos leva à discussão sobre as estratégias de capacitação, em especial o matriciamento, conforme veremos no caso seguinte.

5.1.4 – Caso C

O quarto caso, aqui identificado pela letra C, é de uma mulher de 47 anos, cobradora de ônibus há 15 anos, tendo trabalhado sempre na mesma empresa. C

nasceu em Betim e sempre morou no mesmo bairro onde ainda reside atualmente. Ela cresceu em uma família humilde, porém, nunca passou por dificuldades de natureza econômica. Seu pai conseguiu manter os filhos próximos a ele, oferecendo-lhes trabalho e salário: “Ele sempre arranjava um jeito da gente ganhar dinheiro trabalhando pra gente mesmo”.

C casou-se e teve duas filhas, que estão atualmente com 25 e 19 anos, sendo ambas casadas, independentes e não moram mais com ela. Separou-se do primeiro marido após 8 anos de casados devido ao alcoolismo do mesmo; casou-se com o irmão de sua cunhada de quem se separou também por causa da bebida. Ela conta que os dois primeiros maridos eram muito bons para ela, mas, quando bebiam, tudo piorava. Casou-se com o atual marido há aproximadamente 5 anos. Ele é caminhoneiro e fazia viagens longas com frequência, até o estado de saúde da esposa piorar. Atualmente, viaja, mas retorna rapidamente para casa.

C cuidou dos irmãos mais novos e trabalhou junto ao pai, até que resolveu buscar um emprego, em março de 1998, quando foi admitida como cobradora de ônibus. Ao descrever suas atividades, suas falas são sempre marcadas por relatos de assaltos vivenciados ao longo dos 15 anos de trabalho. Conta que, hoje em dia, sente medo de tudo e de todos, não conseguindo ficar em paz nem mesmo em sua casa:

Pra mim, toda hora eu vou ser assaltada. Eu desconfio de todo mundo; todo mundo pra mim é ladrão (C.).

Em um dos relatos, lembrou um episódio que, no seu entender, agravou os problemas que já vinha apresentando há algum tempo:

Eu tinha um colega que era passageiro, o menino era a coisa mais linda (...). Todos os dias nós dois conversávamos, ele vinha comigo no horário de quatro e meia da manhã (...). O menino era tão educado, cheiroso, nós conversávamos muito, eu acabei conversando sobre a minha vida toda com ele (...). Quando foi um dia, ele entrou no ônibus de manhã e pediu “deixa eu passar, deixa eu passar”, aí eu liberei a roleta pra ele passar. Ele passou a roleta, deu a volta, ficou em pé atrás de mim, pegou uma faca e colocou nas minhas costas (...). Ele me contou a história dele, que ele era assassino, que ele já tinha matado dois, que ele não gostava do ser humano (...). Eu sabia que eu era o escudo dele, que eu era refém (...). Aquilo acabou de me adoecer. Ele dizia que queria tomar um copo de sangue naquele dia (...). Quando chegou perto de onde ele trabalhava, ele desceu correndo e eu nunca mais o vi (...). A partir daí, minha saúde piorou, a depressão aumentou, porque eu gostava tanto dele (C).

Depois desse acontecimento, C passou por mais 2 ou 3 assaltos. Ela comentou sobre sua dificuldade em lidar com a forma como os casos de violência são tratados pela empresa, que, nas suas palavras, “não faz nada pra nos ajudar”. De acordo com as regras da empresa, o dinheiro roubado deve ser repostado, mesmo que o cobrador tenha que pagar do próprio salário. Ou seja, apesar de haver seguro para ressarcir todo o dinheiro roubado, o valor também é retirado do salário do cobrador.

Além disso, ela relatou que, diante de qualquer erro no acerto diário, ainda que fossem 20 centavos, a empresa exigia que ela comparecesse na garagem para repor o que faltava. Contou, também, que já foi chamada a prestar esclarecimentos sobre o fato de deixar passageiros passarem na roleta sem pagarem a passagem, e ela entendeu isso como um sinal de desconfiança da empresa com relação aos seus empregados:

Você acha que eu vou ter coragem de roubar R\$3,60? Você acha que vou perder 15 anos de emprego por causa de R\$3,60? (C).

A maneira pouco educada de os passageiros a tratarem foi apontada como fonte de sofrimento:

Não foi uma nem duas vezes que eu cheguei em casa chorando por causa de falta de educação de passageiro (C).

Conforme assinalado anteriormente, após alguns anos de trabalho nessa profissão, C começou a apresentar alguns problemas de saúde. Segundo sua irmã, sua saúde era muito boa até começar a trabalhar como cobradora. Ela buscou ajuda, ao longo do tempo, de profissionais que pudessem auxiliar no tratamento de alguns sintomas que começaram a aparecer, como, por exemplo, a pressão alta, que fez com que passasse a tomar remédios para controle da pressão arterial.

Quando começaram a surgir outros sintomas, um médico conveniado ao plano de saúde foi procurado, sobretudo devido à confusão mental que C passou a apresentar:

Minha mente estava muito confusa, não conseguia fazer um acerto certo. Aí minhas filhas me levaram ao médico, que me deu um atestado pra alguns dias (C).

Andar de ônibus passou a ser um problema muito grande para C:

Eu não pego ônibus. Sabe quando você entra no ônibus e todo mundo que entra é ladrão? (...) Eu já fui assaltada por homem, mulher, velho, por gente do meu bairro, por gente que eu conheço e de cara limpa (C).

Segundo ela, quando precisava ir a Belo Horizonte, por exemplo, sentia necessidade de descer do ônibus no meio do percurso, respirar por mais ou menos uma hora e só depois pegar outro ônibus para completar o trajeto.

O trabalho e até mesmo a vida foi perdendo sentido para C:

Fui perdendo a vontade de trabalhar (...). Não tenho vontade de passear, não tenho vontade de arrumar o meu cabelo (...) não tenho vontade nem de trocar de roupa. (...) hoje eu não tenho vontade de trabalhar em lugar nenhum, de fazer nada, nem de arrumar minha casa (C).

Ela relatou que não suportava mais tomar remédios, ir a médicos e sentir tudo o que sentia:

Perdeu a graça, não tenho vontade de mais nada. Na verdade eu só sinto vontade de morrer (C).

Sua família oferecia apoio constante; sua mãe tentava controlar os remédios e as irmãs sempre a acompanhavam. Sua irmã relatou que a situação de C piorou ainda mais quando uma das irmãs faleceu, em setembro de 2012. Como consequência desse fato, quase todos os integrantes da família passaram a fazer uso de medicamentos para tratamento de depressão. Porém sua irmã considerava que C estava viciada em remédios:

O médico dá a dosagem controlada, mas ela acaba tomando mais e aí depois ela pega os nossos para acabar o mês (Irmã de C).

Tal informação foi confirmada por um relatório da médica da UBS onde C foi atendida. Nesse relatório, consta que a trabalhadora se encontrava com sinais de dependência do Diazepam⁴².

Atualmente, C apresenta diversos problemas de saúde que parecem ser reflexos dos anos de trabalho como cobradora: não consegue levantar os braços devido a um desgaste do ombro (a cadeira de cobrador não tinha possibilidade de regulagem, então precisava permanecer com o ombro levantado); úlcera devido ao fato de ficar longos períodos sem alimentação; cálculo nos rins porque não ingeria água, uma vez que, durante a jornada de trabalho, não tinha como ir ao banheiro:

Havia linhas que não tinham banheiro no ponto final (C).

Além disso, apresenta outros sintomas, como enjoos, apagões de memória, dor de cabeça, dor no pescoço, dormência nas mãos:

Hoje, eu sinto tudo, tudo o que você pensar eu sinto (...). Se for pra mim falar o que eu tenho, eu não sei (C).

C expressa sua vontade de ser demitida da empresa, embora não queira pedir demissão:

Pedi à empresa pra me mandar embora, pra fazer um acordo, mas eles não concordaram (C).

Ela acredita que a empresa não quer fazer o acordo, para não pagar um acerto de 15 anos de trabalho; e ela também não admite sair sem os valores a que considera ter direito. Avalia que ter entrado na empresa foi um pesadelo em sua vida:

⁴² O “**Diazepam** pertence a um grupo de medicamentos chamados benzodiazepínicos, sendo usado para aliviar a ansiedade, a tensão nervosa e, em consequência, facilitar o sono. Além disso, produz relaxamento muscular. Sua ação se faz cerca de 20 minutos após sua administração. O medicamento, porém, não elimina as causas da ansiedade e da tensão nervosa”. Disponível em <http://www.bulas.med.br/bula/4817/diazepam.htm> (acesso em 16/04/2014).

As minhas camisas de uniforme ficam escondidas. Se um dia eu acordo bem, se eu vir as camisas, meu dia acaba. Só de pensar que eu tenho que ir lá na empresa... (C).

Uma das primeiras buscas de C pelo serviço de saúde do SUS, para lidar com os problemas que vinha apresentando, ocorreu em agosto de 2012, quando foi à Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro Cachoeira para pegar um remédio que uma dermatologista da rede particular de saúde havia receitado. Mas não conseguiu obter o remédio, pois a funcionária que estava na farmácia não o quis entregar, alegando que a dose era muito alta e que não estava autorizada a liberar a medicação. C conta que ficou extremamente irritada com o fato e que voltou ao posto para fazer uma reclamação sobre a forma como foi tratada pela atendente da farmácia. Nesse processo de acolhimento, ela teve contato com a assistente social da UBS, que, percebendo sua agitação, encaminhou-a para a médica dessa mesma unidade.

Conforme esclareceu a assistente social dessa UBS, nos casos envolvendo problemas de saúde mental, quando um paciente procura a Unidade de Saúde Básica, é encaminhado para um médico, para que este faça uma avaliação, a fim de verificar se é necessário o uso de medicação, ou se o caso demanda apenas psicoterapia. Se o médico constatar que o transtorno apresentado pelo paciente tem relação com o trabalho, este é encaminhado para o CEREST; caso contrário, o paciente é conduzido à psicóloga da própria unidade de saúde.

No caso de C, como a médica suspeitou que seus problemas pudessem ter relação com o trabalho, encaminhou-a ao Centro Regional em Saúde do Trabalhador (CEREST) e, após passar por um acolhimento, no qual foi confirmada a relação dos seus distúrbios com o trabalho, começou a ser atendida pela psicóloga. Até o final de nossos contatos, C estava afastada do trabalho e continuava recebendo atendimento psicológico no CEREST.

Análise do caso C: matriciamento como estratégia de capacitação

Conforme nos esclareceu a assistente social que atendeu C, a Unidade de Saúde Básica do bairro Cachoeira, onde C procurou o atendimento, é uma unidade

que o CEREST está matriciando. Nesse processo de matriciamento, o médico da unidade e a assistente social têm encontros mensais com a equipe do CEREST, que tem a responsabilidade de capacitá-los, a fim de que eles próprios possam identificar os casos de pacientes com suspeitas de doenças relacionadas ao trabalho, encaminhando-os ao serviço, quando necessário. Outro aspecto digno de nota diz respeito à forma como trabalha a médica responsável pela consulta de C. A assistente social relatou que, no acolhimento, C apresentou-se angustiada, devido ao assalto que havia vivenciado; estava extremamente ansiosa e com sintomas de depressão e por isso ela a encaminhou para essa médica especificamente, visto que esta possui, na avaliação da assistente social, um perfil extremamente acolhedor, escutando os pacientes, bem como aprofundando nas questões por eles apresentadas. Essa médica formou-se na Universidade Federal de Minas Gerais, trabalhou na UBS Cachoeira, de julho de 2012 a setembro de 2012, como contratada e, em setembro de 2012, assumiu o cargo como concursada, trabalhando até abril de 2013 nessa condição. Seu perfil se deve ao fato de ser uma médica da família, com formação generalista e um olhar ampliado para a comunidade. Embora alguns autores questionem o modelo proposto na Estratégia de Saúde da Família⁴³, tudo indica que a formação dessa profissional, a partir desse modelo, foi importante para que ela pudesse compreender os problemas apresentados por C.

Segundo a própria médica, o método clínico que ela utiliza é centrado na pessoa, em que a escuta do médico se baseia na perspectiva do paciente. Por isso, ao atender C pela primeira vez, a consulta teve duração de aproximadamente duas horas. A médica afirmou que C lhe foi encaminhada com um problema mental; ela já fazia uso de medicamentos, porém, não estava sendo acompanhada. Suspeitando tratar-se de problemas relacionados ao trabalho, ela a encaminhou para o CEREST, serviço que ela disse conhecer em função da divulgação feita pelos profissionais a ele vinculados. Como avalia a própria médica,

existe um valor enorme da equipe do CEREST de Betim em se dar a conhecer, em promover eventos periódicos de mostrar para as pessoas que não têm uma visão generalista, que não têm uma formação, mas que está na rede, qual é o papel deles e estimulando e lembrando qual é o papel da ponta da rede e de outros pontos de atenção, pra ajudar o usuário a circular na rede de cuidado (Médica da UBS Cachoeira).

⁴³ Bernardo e Garbin (2011, p. 105), por exemplo, assinalam que “sua estruturação com base em equipes formadas apenas por médicos e profissionais de enfermagem ‘generalistas’ parece dificultar o olhar para situações e problemas de saúde que, historicamente, ficaram apartado da atenção básica”, como questões relativas à saúde mental do trabalhador.

No caso que estamos analisando, observamos que a médica que atendeu C ofereceu o tratamento adequado às questões relativas à saúde mental e trabalho, o que pode ser creditado, em parte, aos esforços dos profissionais do CEREST em capacitar a rede. Nesse sentido, a própria médica considera que, nesse caso, ainda que sua formação original não lhe permitisse ter uma visão sobre o trabalho, ela estaria em condições de identificar a relação dos distúrbios da paciente com sua atividade laboral, já que os próprios profissionais do CEREST fornecem o apoio necessário a fim de que quem se encontra na rede de saúde esteja em condições de identificar ou suspeitar dos casos de adoecimento que têm relação com o trabalho.

Eu fiz o contato com o CEREST pela minha formação, mas, mesmo se não fosse a minha formação, o CEREST está periodicamente, incansavelmente, fazendo a divulgação: “nós trabalhamos assim, vocês podem nos referenciar, perguntem as pessoas com o que vocês trabalham, como é o seu trabalho. E nós somos parceiros” (Médica UBS Cachoeira).

Contudo, essa profissional reconheceu que isso não é suficiente para garantir a boa assistência prestada aos usuários da rede de saúde, já que, se, por um lado, vários encaminhamentos que são feitos ao CEREST se devem, de fato, a uma correta identificação da relação entre adoecimento e trabalho, por outro lado, dada a facilidade de encaminhar pacientes para aquele serviço, alguns profissionais o fazem apenas para se verem “livres” dos pacientes.

Conforme podemos depreender das discussões acima, um primeiro aspecto decisivo na condução do caso de C foi o acolhimento que ela teve na UBS. Não por acaso, a assistente social que a acolheu trabalha também no CEREST. Acreditamos que isso tenha sido fundamental no direcionamento do seu caso para a médica cujo perfil seria o mais adequado ao tipo de demanda de C. Vale lembrar que a equipe do CEREST adota, como estratégia de capacitação dos seus profissionais, as chamadas “Rodas de Conversa”, conforme já foi dito, sendo que a assistente social em questão participa desses momentos. Alguns dos temas tratados nesses encontros abordaram questões relativas à saúde mental e trabalho, o que pode ter influenciado na sua escolha por essa médica ao encaminhar C.

Outro aspecto fundamental que esse caso ilustra bem diz respeito ao quanto tem sido importante o matriciamento como estratégia de capacitação dos trabalhadores da rede SUS.

Já tivemos a oportunidade de descrever, em outro ponto desta tese, as práticas de matriciamento adotadas pelo CEREST Betim. Convém assinalarmos, aqui, o que essa estratégia representa de avanços para os serviços de saúde em Betim, de modo geral.

Conforme esclareceu a assistente social da UBS Cachoeira/CEREST, em Betim, até o momento da coleta de dados, havia três unidades de saúde matriciadas pelo CEREST: Cachoeira, Angola e Bueno Franco, com proposta de ampliação do número de unidades. De acordo com ela, o critério que determinou a escolha dessas unidades foi o fato de elas terem notificado mais casos de adoecimento relacionados ao trabalho. O objetivo do matriciamento é permitir que as unidades sejam capazes de resolver o maior número de casos, encaminhando-os para o CEREST apenas quando isto não é possível.

Para que essa estratégia seja viabilizada, é necessário que haja, na unidade matriciada, uma equipe que sirva como referência para a unidade matriciadora. No caso da UBS em que C foi atendida, tanto a médica como a assistente social que a acolheram faziam parte dessa equipe de referência, cabendo à equipe do CEREST, como unidade matriciadora, se deslocar até a UBS. Os objetivos pretendidos com o matriciamento são, além de apresentar o CEREST às UBS, permitir que os profissionais dessas unidades consigam avaliar os casos, detectando, quando presente, a relação entre a doença e o trabalho.

Os alcances dessa estratégia podem ser percebidos na própria atuação dos profissionais das unidades matriciadas, atuação caracterizada por uma escuta qualificada em que se observa uma adequada identificação dos problemas de saúde dos usuários e correto encaminhamento do caso, quando necessário, como o foi no caso de C

5.2 – Discussão dos casos

Para a discussão dos casos acima analisados, optamos por agrupá-los em dois pares: um primeiro, onde comparamos os casos de G e R e o segundo, no qual fazemos o mesmo com os casos L e C. Um dos critérios usados para seu agrupamento em pares foi o “serviço de referência” que tratou o caso; ou seja, os

casos G e R têm o CERSAM Betim Central como o principal serviço responsável pelo acompanhamento; já os casos L e C são acompanhados principalmente pelo CEREST. Outro critério foi o fato de que, nos dois primeiros casos, entendemos não se tratar de problemas de saúde mental relacionados ao trabalho, embora pensemos que a atividade laboral tenha tido um papel importante no seu desenvolvimento e na sua condução. Quanto aos casos L e C, há fortes indícios de se tratarem de problemas cuja gênese tem relação com a atividade laboral.

A partir desse agrupamento, pretendemos abordar, conforme assinalamos anteriormente, alguns dos principais problemas enfrentados pela rede e que implicam a dificuldade de articulação dos serviços entre si. Além disso, tecemos considerações sobre algumas das estratégias que, em nossa análise, representam avanços nessa articulação. É importante ressaltar que as discussões que fazemos com base em cada um dos agrupamentos não se limitam a um ou outro serviço analisado. Conforme pretendemos demonstrar, trata-se de características que podem ser encontradas em ambos os serviços pesquisados, CERSAM e CEREST de Betim, ou mesmo em outras regiões do Brasil, motivo pelo qual buscamos relacionar essas discussões com resultados de outros estudos feitos sobre a temática da saúde mental e trabalho na rede SUS em outros lugares do país.

5.2.1 – Comparando os casos G e R

De início, é interessante constatar que, embora guardem entre si várias semelhanças (ambos funcionários públicos apresentando quadros de paranoia), os dois casos tiveram trajetórias tão distintas na rede. Evidentemente, vários são os fatores que explicariam essa diferença. Por exemplo, o comportamento que esses trabalhadores apresentaram quando começaram suas dificuldades, ao que nos parece, foi importante para que os encaminhamentos dados aos casos fossem diferentes. Assim, G se valeu dos atestados médicos para se ausentar do trabalho; seu caso foi encaminhado ao SESMT após apresentar 14 atestados ao longo de 2007, conforme assinalamos na descrição do caso. Já R se valeu da sua “greve de um homem só” como descrevemos; nesse sentido, suas “ausências” ao trabalho não

possuíam legitimidade que lhe assegurasse o direito de continuar no emprego. Enquanto G adotou uma postura de isolamento, R manteve uma “postura hostil e irônica”, o que também pode ter contribuído para que não fosse devidamente escutado; além disso, o uso do álcool e outras drogas gerou o “tratamento moral” que passou a receber. Também o fato de haver uma criança envolvida no caso de G parece ser um fator importante para que a equipe de Saúde Mental se preocupasse mais com esse caso do que com o de R, por exemplo.

A despeito dessas especificidades que fazem com que os percursos desses trabalhadores na rede se distingam um do outro, podemos identificar neles dois aspectos que nos permitem aproximá-los: o primeiro diz respeito à importância de se preservar o trabalho como uma estratégia na condução dos casos; o segundo está relacionado à importância de se ter um profissional de referência para cada um deles.

Quanto ao primeiro aspecto, o que nos interessa destacar é que, embora o adoecimento de ambos, ao que tudo indica, não tenha uma relação direta com o trabalho, não podemos ignorar o fato de que o maior ou menor êxito na sua condução esteve condicionado à manutenção (ou não) da sua atividade profissional. Assim, no caso de G, a aposentadoria representou a ruptura de seu vínculo com os profissionais dos serviços de saúde, que perderam a chance de continuar negociando com ele a adesão ao tratamento. O que se pode observar é que, enquanto o seu trabalho foi mantido, a equipe contava com maiores possibilidades de “negociar” com ele seu comparecimento ao serviço de saúde mental e sua concordância com o tratamento. A partir do momento em que foi aposentado, perdeu-se essa possibilidade, já que a equipe deixou de contar com esse “recurso”. Nesse sentido, mantê-lo trabalhando seria uma forma de continuar tendo acesso a ele, buscando sua adesão ao tratamento.

Já no caso de R, a privação do trabalho parece ser um fator fundamental na compreensão de sua dificuldade em melhorar. Como tivemos a oportunidade de discutir anteriormente, o trabalho é importante na sua vida, especialmente, por permitir-lhe uma melhor organização do seu tempo e manter sua “mente ocupada”, além de assegurar-lhe ganhos financeiros. Nesse sentido, se, no início do processo, o desligamento do cargo que ocupava, pelas próprias condições em que se deu, já teve um impacto negativo na sua saúde mental, a manutenção desse afastamento do trabalho trouxe outros problemas, como o aumento do tabagismo e a depressão.

Outro aspecto que os dois casos nos permitem explorar está relacionado à importância de se ter um profissional de referência na condução do processo de tratamento e articulação da rede, e que seja de alguma forma sensível às questões relativas ao trabalho e sua relação com a saúde mental. Nesses dois casos, especificamente, foi necessário entender o trabalho como um elemento importante na condução do tratamento.

No caso dos serviços de Saúde Mental, sabemos que cada usuário conta com a figura do técnico de referência. Como nos esclarece um dos psicólogos do CERSAM Betim Central, a função desse profissional é

acompanhar o usuário que é assistido aqui pelo serviço, no sentido de gerenciar o tratamento dele. Então, a função do técnico de referência é o gerenciamento do caso dele; então eu vou auxiliar esse usuário no encaminhamento das necessidades do tratamento (Psicólogo CERSAM Betim Central).

É importante ressaltar que, nesse processo de gerenciamento do caso, o profissional, quando necessário, desenvolve atividades também extramuros. Assim

em algumas discussões a gente precisa, por exemplo, participar de uma reunião por exemplo. Eu já fui chamado no fórum... ou, às vezes eu fui discutir um caso numa UBS, ou numa moradia, ou, às vezes, auxiliar a fazer um contato com algum órgão ou entidade aqui, né? Que pode ter uma participação na rede de atenção, né? (Psicólogo CERSAM Betim Central).

Como assinala esse psicólogo, em alguns momentos, a própria equipe interna do CERSAM Betim Central também é acionada para resolver problemas.

Depois mesmo do gerenciamento do caso, tem isso que eu estava te dizendo: eu estou com paciente que precisa de uma avaliação odontológica; então, eu vou ligar lá pra UBS, eu vou entrar em contato lá, eu vou ver como é que é, aí a gente consegue um agendamento lá para o dentista avaliar, né? Se eu preciso, por exemplo, de uma [pessoa] da área ali do serviço social, uma coisa ali mais na área dos direitos, uma questão previdenciária, então eu converso com uma assistente social, uma colega que está aqui no plantão... (Psicólogo CERSAM Betim Central).

Nesse sentido, ter esse profissional de referência na condução do caso é de fundamental importância para o êxito do tratamento. Entretanto, e é em relação a esse aspecto que queremos chamar a atenção, se falta a esse profissional a compreensão do trabalho como um elemento importante no processo saúde-doença,

isso parece comprometer a evolução de alguns casos e também o acionamento dos serviços mais adequados à sua condução. É evidente que isso, por si só, não garante o êxito do caso, já que, ainda que para o profissional de referência o trabalho seja visto como importante, não há garantias de que os demais profissionais envolvidos o entenderão da mesma maneira, como observamos no caso G. Por outro lado, parece-nos que, quanto mais claro para esse profissional for o lugar que o trabalho ocupa na vida dos usuários, mais ele será capaz de acionar os dispositivos mais adequados ao caso. Vemos no caso de R, por exemplo, como a estratégia pensada de encaminhá-lo ao Centro de Convivência e também o envolvimento do CEREST só foi possível quando se percebeu a importância que tem o trabalho para ele.

O que podemos observar, portanto, é que, nos dois casos, a categoria trabalho parece se impor; e levá-la em consideração, ou não, significou determinar os rumos que o caso iria tomar, tanto no que diz respeito mais diretamente ao tratamento, como com relação à circulação do usuário pela rede de saúde.

Outro ponto que gostaríamos de destacar diz respeito à própria ideia de rede: o profissional de referência é aquele que faz a ligação dos diversos pontos da rede, acionando os demais serviços sempre que estes se mostram necessários na condução do caso. Esse aspecto é relevante, sobretudo, se levarmos em consideração que nenhum dos serviços isoladamente é “autossuficiente” e nem detém a exclusividade do caso. Cabe, portanto, ao técnico de referência fazer com que o caso “circule” na rede, ou seja, que os diversos dispositivos participem de sua condução, na busca de solução para os problemas que apresenta.

Assim, vimos, no caso de G, o quanto foi crucial a participação da psicóloga do Alcides Braz e mais ainda da assistente social do CERSAM Betim Central nessa articulação da rede. E, enquanto a assistente social conseguiu sustentar a necessidade de se manter o vínculo de G com o trabalho, o caso parecia promissor.

No caso de R, ainda que tardiamente, a nossa presença nas reuniões de equipe como um “suposto representante do CEREST” parece ter cumprido, ainda que provisoriamente, essa função de intermediar os serviços, fazendo com que os profissionais do CERSAM Betim Central se articulassem com os profissionais do CEREST para, juntos, buscarem uma solução para o caso. Entretanto, essa função caberia ao profissional de referência responsável pelo caso, o que pressuporia um maior conhecimento não só a respeito do funcionamento do CEREST, mas também

da importância que o trabalho pode ter na própria condução do caso, como assinalamos acima.

O que nossa atuação acabou por confirmar foi a premissa de que, “a articulação mais estreita do Cerest com instituições de pesquisa e universidades poderia fornecer respostas e subsídios técnico-científicos para o enfrentamento dos problemas de formação de profissionais em ST” (Santos; Lacaz *apud* Santos, 2010, p. 103), embora acreditemos que essa articulação não deva, evidentemente, se restringir aos CEREST, devendo, outrossim, englobar toda a rede de atenção à saúde dos trabalhadores.

5.2.2 – Comparando os casos L e C

Um primeiro aspecto a assinalar quanto aos casos de L e C diz respeito ao ponto da rede em que os problemas de saúde foram detectados: a Atenção Básica (AB). Esse aspecto é de particular interesse quando levamos em consideração que a AB é considerada a principal “porta de entrada” do SUS. Desse modo, o fluxo observado nesses casos parece obedecer a uma sequência desejada para um melhor funcionamento da rede de saúde.

Outro aspecto a se considerar é que, diferentemente dos casos G e R, nos quais não foi possível estabelecer uma relação entre os distúrbios e o trabalho, nos casos L e C estamos diante da possibilidade de ser estabelecido o nexo entre os problemas apresentados por essas trabalhadoras e sua atividade laboral, o que coloca o diagnóstico em SM&T como um fator de fundamental importância no encaminhamento dos casos. Diante disso, como é possível observar nos casos de L e C, a formação do profissional de saúde se constitui em um fator decisivo no êxito de sua condução. Não nos parece fruto do acaso que eles tenham surgido em unidades capacitadas e/ou matriciadas pelo CEREST. Tanto a escuta qualificada no acolhimento para o correto encaminhamento dos casos, como a sensibilidade dos profissionais responsáveis pela assistência na identificação dos problemas relacionados ao trabalho foram fatores dos quais dependeu o fluxo desses pacientes na rede até chegarem aos serviços mais adequados para o seu tratamento.

É importante lembrar que o diagnóstico de problemas de saúde mental relacionados ao trabalho constitui uma dificuldade recorrente nos serviços públicos de saúde. Essa dificuldade advém, dentre outros fatores, da lógica individualizante, por meio da qual se atribui a fatores unicamente individuais as causas do adoecimento mental, resultando em uma espécie de culpabilização do próprio trabalhador pela sua doença. Não é demais assinalar que, nessa concepção, os aspectos deletérios do trabalho não são sequer submetidos a uma análise mais crítica (Paparelli; Sato & Oliveira, 2011). Nesse sentido, Paparelli e outros (2011, p. 125) sugerem que “é necessário enfrentar as falsas perguntas que surgem, muitas vezes, de modo automático, quando os profissionais se veem diante de alguém em situação de adoecimento”, perguntas essas que já pressupõem, como causas do adoecimento mental, apenas os aspectos individuais, conforme assinalamos acima. Assim, as autoras enfatizam que é necessário questionar as concepções que partem da ideia de que o indivíduo se constitui sozinho “e que, desse modo solitário, também possa enfrentar e superar as dificuldades vividas” (Paparelli *et al.*, 2011, p. 125). É fundamental, portanto, colocar a questão do adoecimento mental numa perspectiva mais ampla, podendo o trabalho ser considerado como um importante elemento no seu aparecimento.

Nos casos aqui tratados, ao que tudo indica, a ideia de que o trabalho possa ser fonte de adoecimento mental parece ter sido devidamente apreendida pelos profissionais que acolheram L e C, o que reforça a importância de uma formação e/ou capacitação que contemplem esses aspectos. Em Betim, no entanto, esse processo parece ainda estar muito mais na dependência da disposição pessoal dos trabalhadores envolvidos, do que sustentado por estratégias claramente estabelecidas para o acolhimento de casos dessa natureza. Nesse sentido, observamos que, no caso de L, a relação de amizade existente entre a psicóloga da UBS e a psicóloga do CEREST favoreceu a integração dos serviços envolvidos. Mas os esforços de capacitação da rede parecem não ter alcançado os demais profissionais daquela UBS, como assinalou a própria psicóloga dessa unidade. O mesmo observamos no caso de C: ainda que a unidade em que ela foi atendida tenha sido matriciada pelo CEREST, muitos profissionais têm encaminhado casos a esse serviço, não por um claro entendimento de seu papel, mas muitas vezes motivados por questões de natureza prática, como o fato de saberem que o

CEREST tem uma capacidade maior de atendimento, como salientou a médica da UBS.

De qualquer forma, não podemos negligenciar o fato de que, ainda que sem muita consistência, esses casos refletem as melhores possibilidades que se apresentam, quando há investimento em estratégias de capacitação dos profissionais da rede. Nesse caso, especificamente, uma capacitação voltada para a identificação de problemas de saúde mental possivelmente relacionados ao trabalho, o que pressupõe uma concepção de saúde que vá além das perspectivas individualizantes ou psicologizantes.

Acreditamos que, de acordo com o exposto nos casos analisados, estejamos em condições de avançar na compreensão de alguns dos fatores que possam, de um lado, explicar a origem e permanência do fosso entre Saúde Mental e Saúde do Trabalhador no SUS Betim e, por outro, apontar para algumas possibilidades de sua superação. Para tanto, pretendemos ampliar a discussão, incorporando outros aspectos do problema que não foram contemplados nos casos.

CAPÍTULO 6 – DA IDENTIFICAÇÃO DAS RAÍZES DA DISTÂNCIA ENTRE SM E ST À SUA SUPERAÇÃO

6.1 – Compreendendo as “raízes” do fosso entre a SM e a ST

Assinalamos, através dos casos analisados anteriormente, alguns dos fatores que têm dificultado a integração entre os diversos setores que envolvem, de um lado, os dispositivos da Saúde Mental e, de outro, o CEREST como principal dispositivo da Saúde do Trabalhador. Mas falta-nos, ainda, uma discussão sobre aspectos que nos permitem compreender melhor as origens do fosso existente entre essas duas “redes”. Para essa discussão, valemo-nos, não só dos casos acima analisados, mas também de dados obtidos por meio das entrevistas que realizamos com diferentes profissionais, das reuniões de que participamos, do levantamento de dados documentais e da revisão da literatura.

Dividimos nossa reflexão em alguns tópicos, ainda que todos eles estejam relacionados entre si, sendo, portanto, uma divisão apenas didática. Assim, faremos essa discussão considerando os seguintes pontos: aspectos históricos relativos à origem dos serviços de SM e ST em Betim; a visão que os profissionais dos demais serviços de saúde do município têm sobre cada um dos dispositivos, CERSAM e CEREST; as especificidades quanto ao tipo de público atendido por cada um deles; as bases teóricas que fundamentam as práticas dos profissionais que atuam nesses serviços; a lógica que orienta o funcionamento dos serviços; outros fatores que, embora não estejam propriamente na origem do fosso, têm contribuído para a sua perpetuação. Ao final da discussão de cada um desses aspectos, buscamos relacionar as nossas análises com alguns estudos feitos em outras regiões do país.

6.1.1 – Sobre origem dos serviços

No município de Betim, a história do surgimento da Saúde Mental e da Saúde do Trabalhador não difere muito daquela observada no país como um todo,

conforme discutiremos mais adiante. No nosso entender, parte da explicação para a existência do fosso entre esses dois campos no município reside no fato de terem sido criados de forma independente um do outro, sendo que o surgimento de cada um deles se deu antes da consolidação do SUS, portanto, fora da lógica de uma rede integrada, tal como propõe esse sistema. Além disso, apesar de terem surgido na mesma época (o CERSAM Betim Central foi inaugurado no mesmo ano, 1994, em que começaram a ser dados os primeiros passos em direção à implantação da Saúde do Trabalhador), esses dois serviços tiveram desenvolvimentos independentes um do outro, funcionando, durante vários anos, em paralelo, sem projetos comuns que implicassem uma integração entre eles.

No caso da Saúde Mental, por exemplo, o CERSAM Betim Central tem sua história determinada pela reforma psiquiátrica, o que fez com que os profissionais dessa área se engajassem no movimento da “luta antimanicomial” já desde o início da implantação do serviço no município. Em função disso, os esforços desses profissionais se concentraram em fundar um serviço que substituísse o modelo hospitalocêntrico, sendo, conseqüentemente, essa a preocupação principal, muito mais do que criar um dispositivo integrado a uma rede de saúde mais geral. É importante ressaltar que muitos profissionais que atuaram na implantação do CERSAM Betim Central ainda fazem parte da equipe atual do serviço, sendo que o discurso da “luta antimanicomial” ainda se faz muito presente no serviço. Como ressalta uma das enfermeiras,

a equipe é uma equipe muito coesa, que participou do projeto, que montou o projeto, que trabalha nesse projeto; [e essa equipe] não aceita gestão que entra pra desmontar, sabe? Eu acho que isso é interessante também (Enfermeira CERSAM Betim Central).

Nesse sentido, a implantação do CERSAM Betim Central representa um marco no estabelecimento de um modelo de atenção à pessoa com sofrimento mental, abrindo a perspectiva para que os demais dispositivos ligados à Saúde Mental no município pudessem seguir a mesma lógica, configurando-se como uma “rede de Saúde Mental” paralela ao SUS Betim. Nas palavras de uma das assistentes sociais, vemos como se deu essa construção da rede:

No decorrer desses anos, vai se marcando, no CERSAM Betim Central (...), o lugar da urgência (...). Porque, aí, foi se montando uma rede: Centro de Convivência, outras unidades,

moradia; então, coisas que a gente construiu por aqui, por exemplo, geração de trabalho e renda, tanto aqui como em Belo Horizonte, a gente fazia projeto de geração de trabalho e renda a partir da urgência. Na verdade, não era a partir da urgência, mas era a partir da necessidade e do que a gente tinha (Assistente social CERSAM Betim Central).

Ou, como sintetiza o gerente desse serviço:

Então, Betim tem essa trajetória mesmo de tratar das urgências psiquiátricas no CAPs. A referência em Betim é o CAPs, né? Então assim, quando chega a ter alguma internação psiquiátrica, ou é porque a família negou, ou porque o paciente tá errante em Belo Horizonte; aí alguém leva pro hospital e esse paciente acaba indo parar no hospital, ou levado pela polícia ou pelos populares. Então, é dessa forma que a gente caminhou e que a gente veio construindo a rede. Depois a gente foi ampliando; hoje tem o CERSAM Teresópolis que já é 24 horas, tem o CERSAM Citrolândia (Gerente CERSAM Betim Central).

Já o CEREST Betim tem sua origem ligada mais às ações de vigilância, com inspeções nos ambientes de trabalho, e, em seguida, prestação de assistência a trabalhadores que eram encaminhados principalmente pelos sindicatos. Conforme já descrevemos anteriormente, os primeiros passos dados por esse serviço também ocorreram à margem do SUS Betim, sendo que as ações do CEREST para inserção da saúde do trabalhador no SUS só foram efetivamente iniciadas em 2007.

Dessa forma, o que podemos observar é que, ao longo de vários anos de funcionamento desses dois serviços, os dispositivos funcionaram de maneira independente e desarticulada, tendo objetivos importantes, mas bem diversos.

Vale assinalar, contudo, que não se trata de uma especificidade do município de Betim a existência dessa desarticulação dos diversos dispositivos entre si criados para lidar com os problemas de saúde e, no caso que mais nos interessa aqui, aqueles relativos à saúde mental dos trabalhadores. Mesmo no âmbito da Saúde do Trabalhador como um todo, Santos (2010) destaca que, nos vários estudos sobre a inserção de ações de saúde do trabalhador no SUS, embora a implantação dos CEREST tenha permitido avanços, por outro lado,

tem contribuído para manter a Saúde do Trabalhador à margem das políticas de saúde do SUS, à medida que estes Centros têm “ficado de fora” do sistema como um todo, expressando a grande dificuldade de articulação intrasetorial, nos níveis básicos de atenção à saúde, nos níveis especializados e também com as instâncias de vigilância (Santos, 2010, p. 16).

No que diz respeito especificamente à dificuldade de integração entre Saúde Mental e Saúde do Trabalhador, Bernardo e Garbin assinalam que

mesmo que os Movimentos de Saúde Mental e de Saúde do Trabalhador tenham tido parte de suas origens relacionadas ao Movimento Sanitário e que as ações propostas desde então estejam fundamentadas nos princípios básicos que regem o SUS, não se pode dizer que o olhar para as questões envolvidas nessas áreas tenha sido incorporado de forma plena em todos os níveis de atenção desse sistema (Bernardo; Garbin, 2011, 104).

Historicamente, em âmbito nacional, os serviços de Saúde Mental e da Saúde do Trabalhador, ainda que calcados no Movimento Sanitário, possuem raízes bem distintas, o que explica, em parte, a dificuldade de integração numa proposta de um Sistema Único de Saúde.

No que concerne à Saúde do Trabalhador, por exemplo, Bernardo e Garbin (2011) informaram, a partir das discussões propostas por Lacaz, que “desde a década de 1930 até a estruturação do SUS, a assistência à saúde da população trabalhadora não dizia respeito à saúde pública e era atribuição das empresas e da Previdência Social” (Bernardo; Garbin, 2011, p. 106). Conforme já discutimos anteriormente, esse cenário sofreu modificações a partir de meados dos anos 80, com o surgimento de alguns Programas de Saúde do Trabalhador, que podem ser considerados os precursores dos atuais CEREST e que tinham, como proposta inicial, funcionar “como polos facilitadores para que a rede de saúde atentasse para as especificidades do trabalho no processo saúde/doença” (Bernardo; Garbin, 2011, p. 106). Assim, a propósito da inserção da saúde do trabalhador no SUS, Leão e Vasconcellos (2011) constataam:

A proposta de uma rede de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu em decorrência de uma revisão crítica que se fazia aos centros de referência e programas de saúde do trabalhador que não estabeleciam vínculos mais sólidos com as estruturas orgânicas de saúde, mantendo-se isolados e marginalizados. Alguns, inclusive, foram criados e desapareceram no decorrer das décadas de 1980/90 (Leão; Vasconcellos, 2011, p. 86).

Desse modo, as tentativas de fazer com que a saúde do trabalhador se tornasse parte integrante de todos os níveis de atenção à saúde ainda não se efetivaram na maior parte do país até hoje, de tal forma que “essa integração continua sendo um dos grandes desafios do SUS e, vale dizer, não somente nos

níveis municipais ou locais, mas em todas as esferas de governo” (Bernardo; Garbin, 2011, p. 107).

A história da Saúde Mental, por sua vez, foi marcada, em nosso país, pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, cujo objetivo principal é a desinstitucionalização do louco, conforme já discutimos em outro ponto desta tese. Com isso, o foco primordial das políticas públicas passou a ser “a atenção aos casos graves – especialmente as psicoses – a partir do estabelecimento de uma rede substitutiva ao modelo asilar” (Bernardo; Garbin, 2011, p. 105). Contudo, se essas estratégias permitiram avanços consideráveis no tratamento da pessoa com sofrimento mental, configurando-se, assim, numa “rede de Saúde Mental”, mas, em contrapartida,

houve relativamente pouco investimento em estratégias para incluir, nessa rede, outros serviços do SUS não específicos dessa área. Assim, observa-se que, de um modo geral, os CAPS ainda centralizam a atenção a uma ampla gama de casos de sofrimento psíquico e de transtorno mental que poderiam ser atendidos nos diferentes níveis de atenção e de cuidado (Bernardo; Garbin, 2011, p. 105).

Além disso, as práticas de atenção à saúde mental ainda estão voltadas, em sua grande maioria, para a assistência, sendo as ações de prevenção e promoção pouco relevantes na agenda da saúde mental no SUS (Bernardo; Garbin, 2011). Dessa forma, “parece que, de fato, as unidades de atenção especializada em Saúde Mental, como os CAPS, estão mais focadas na assistência e distantes das questões gerais de saúde coletiva” (Bernardo; Garbin, 2011, p. 105). Outro agravante que vem reforçar a distância entre a Saúde Mental e os demais dispositivos do SUS se refere ao fato de que “não parece haver ações efetivas de grande parte dos gestores de saúde, seja no nível municipal ou local, para que a atenção à saúde mental seja amplamente assimilada por outros serviços e profissionais que não sejam aqueles diretamente vinculados à área” (Bernardo; Garbin, 2011, p. 105).

Assim sendo, se é possível observar dificuldades próprias de cada um desses campos, Saúde Mental e Saúde do Trabalhador, no que diz respeito à sua integração ao SUS como um todo, a situação se torna ainda mais crítica quando a questão envolve a articulação desses dois campos entre si. Como ressaltam Bernardo e Garbin (2011, p. 104), “não é difícil deduzir que existe uma dificuldade ainda maior para o enfrentamento de questões que se situam na fronteira entre

esses dois campos e que, portanto, demandam a integração entre eles”, como é o caso dos problemas de saúde mental relacionados ao trabalho.

Voltando nossa atenção para o caso de Betim, observamos características análogas àquelas encontradas nesses estudos e que apontam para a direção já assinalada anteriormente: uma separação e desarticulação entre os dispositivos da Saúde Mental e da Saúde do Trabalhador desde suas origens, o que pode dificultar, em especial, a identificação e tratamento dos problemas de saúde mental que envolvam questões relacionadas ao trabalho.

6.1.2 – Sobre a concepção dos serviços pelos demais profissionais da rede SUS

Outro aspecto que merece atenção diz respeito à visão dos profissionais da saúde de um modo geral, sobre a natureza dos dispositivos, tanto da Saúde Mental, quando da Saúde do Trabalhador. Vimos que, se os CAPS/CERSAM possuem uma imagem consolidada quanto aos objetivos propostos por esses serviços, o mesmo não se verifica com relação aos CEREST, cuja proposta nem sempre é reconhecida por toda a rede. Durante muito tempo, esse serviço era sequer minimamente conhecido e, quando o era, não raro se via confundido como sendo associado à Previdência Social, conforme discutiremos logo abaixo. No nosso caso, percebemos que, durante muito tempo, existiu uma dificuldade em se identificar o CEREST Betim como sendo o principal dispositivo do SUS na implementação de ações ligadas à Saúde do Trabalhador.

Embora grande parte desse problema tenha sido superada com as estratégias de capacitação da rede adotadas pelo CEREST, ainda encontramos resquícios dessa falta de conhecimento do serviço por alguns dos dispositivos do SUS Betim, como os da Saúde Mental, por exemplo. Não raro ouvimos, durante o período em que realizamos nossa pesquisa, os profissionais dizerem que não conheciam o CEREST e, quando diziam ter ouvido falar dele, associavam-no muitas vezes a um órgão criado para resolver “questões trabalhistas”. Ou seja, em Betim, a despeito dos esforços dos profissionais do CEREST em torná-lo conhecido na rede como um dispositivo do SUS voltado para implementação de ações em Saúde do

Trabalhador, a falta de clareza quanto aos objetivos desse serviço ainda se faz presente, sendo ele, às vezes, confundido com uma espécie de “braço do INSS”.

É possível que essa não identificação do CEREST como “o representante da Saúde do Trabalhador” possa até se revestir de um caráter positivo, se entendermos que a responsabilidade pela saúde dos trabalhadores é de toda a rede, permitindo que os CEREST deixem “de ser porta de entrada do Sistema” e assumam “o papel de suporte técnico e científico e de núcleos irradiadores da cultura da centralidade do trabalho e da produção social das doenças , no SUS”, como destacam Dias e Hoefel (2005, p. 822).

Dessa forma, com a RENAST, a ideia é de que sejam contempladas, no SUS, ações de assistência, vigilância e promoção à saúde, sendo que

sua estrutura intenciona, a partir de centros de referência, serviços de saúde de retaguarda de média e alta complexidade e municípios-sentinela organizados em torno de um dado território, estabelecer fluxos de atenção aos trabalhadores em todos os níveis, de modo articulado com as vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental (Leão; Vasconcelos, 2011, p. 92).

Entretanto – e é esse o ponto para o qual queremos chamar a atenção –, apesar de ter havido consideráveis avanços nos seus esforços em se fazer conhecido na rede de saúde do município, o CEREST Betim parece ainda encontrar dificuldade em se tornar, de fato, um “Centro de Referência em Saúde do Trabalhador”. Verificamos essa dificuldade, por exemplo, pelo fato de nem sempre o CEREST ser acionado para auxiliar nos casos que envolvem questões de saúde e que tenham algum tipo de relação com o trabalho, conforme pudemos demonstrar a partir de alguns dos casos analisados anteriormente. Esse desconhecimento sobre a natureza do serviço ficou explícito, por exemplo, na fala de um dos profissionais do CERSAM Betim Central:

Agora, ele tocou num assunto, que eu acho que a gente tem que falar, que é o CEREST. A gente não tem relação com o CEREST não. E o CEREST entra no mesmo lugar que entram outros serviços na rede. A gente não conhece, tá? A gente não sabe o que eles fazem. Eu tô lá dentro, e eu não sei o que eles fazem (psiquiatra CERSAM Betim Central).

Mesmo no caso de R, por exemplo, quando houve a ideia de os profissionais do CERSAM Betim Central discutirem com o CEREST, ficou evidente que,

inicialmente, esse serviço foi pensado como um órgão que poderia auxiliar na busca dos “direitos trabalhistas” desse usuário, o que reforça o que já havíamos dito acima, de que o CEREST é percebido muitas das vezes como uma extensão da Previdência Social.

Os dados sobre a população atendida pelo serviço de psicologia do centro também reforçam essa falta de clareza por parte dos profissionais da rede quanto à especificidade dos serviços prestados pelo CEREST Betim: de 83 casos atendidos pela psicóloga desse serviço e que estavam registrados no banco de dados no período em que realizamos o levantamento, 50 deles não apresentavam problemas de saúde mental relacionados ao trabalho, conforme avaliação da própria psicóloga. Esse dado nos permite inferir que, embora muitos dos serviços estejam encaminhando casos para serem atendidos no CEREST, parece não haver ainda uma compreensão das especificidades e do papel desse serviço no SUS.

Essa falta de clareza quanto aos objetivos do serviço, no entanto, não se verifica quando consideramos os dispositivos da Saúde Mental, sobretudo os CERSAM de Betim. Nesse caso, como já dito acima, a Saúde Mental no município possui uma imagem que vem se consolidando desde o início da sua implantação e já se dá nos moldes propostos pela Reforma Psiquiátrica. Uma das enfermeiras desse serviço comentou:

Betim investiu muito no serviço de urgência em saúde mental: uma cidade com 380 mil habitantes tem três CAPS. Isso é, se você for pensar que Contagem tem 800 mil [habitantes] e tem um [CAPS], então é um investimento alto que a prefeitura fez, na época, nas urgências. Isso foi bom, foi bom; não interna quase paciente de Betim em Belo Horizonte; foi ótimo (Enfermeira CERSAM Betim Central).

Por outro lado, essa estratégia de priorizar o CERSAM em detrimento da Atenção Básica fez com que o primeiro serviço criado no município fosse identificado como sendo, não apenas o principal, mas quase que o único responsável pela saúde mental dos usuários. Como assinala a enfermeira,

só que [Betim] não investiu muito na atenção básica; então, criou um pouco uma cultura nessa cidade [de] que, [se] é portador de sofrimento mental, é do CERSAM. Então, pra gente fazer esse paciente circular [pela rede] é muito difícil (Enfermeira CERSAM Betim Central).

Essa “cristalização” da imagem do CERSAM acaba trazendo outro tipo de dificuldade na interação com os demais serviços da saúde, já que, muitas vezes, ao serem encaminhados para esse serviço em específico, os usuários passam a ser identificados como sendo “pacientes do CERSAM”, ou “usuários da Saúde Mental”, em vez de usuários dos serviços de saúde. Nota-se que esse tipo de referência está presente, não apenas entre os próprios profissionais do CERSAM, mas também dos demais serviços. A esse respeito, por exemplo, um dos profissionais do CERSAM Betim Central por nós entrevistado assinalou a dificuldade de acessar outros serviços de saúde, porque, na sua avaliação, os trabalhadores dos demais serviços tendem a considerar o usuário do CERSAM como sendo “apenas portador de sofrimento mental” e não pudesse apresentar outros problemas de saúde, para além dos distúrbios mentais. O mesmo problema observamos em algumas reuniões da equipe desse serviço, quando os profissionais apresentavam algumas dificuldades em acessar serviços médicos para os usuários da saúde mental, como se o próprio CERSAM tivesse que responder por todos os problemas de saúde apresentados por esses pacientes.

Dessa forma, vemos que a integração tanto do CEREST quanto do CERSAM à rede SUS Betim se dá de maneira precária, ainda que por diferentes motivos: no caso do CEREST, por não haver um claro entendimento dos profissionais do SUS como um todo sobre as suas especificidades; e, no caso do CERSAM, por se ter a ideia de que cabe apenas a esse serviço a atenção aos problemas de saúde mental (e outros) apresentados pelos usuários. Com isso, vemos que a tão propalada integralidade da saúde nem sempre se efetiva na prática.

Cabe ressaltar, mais uma vez, que essa dificuldade de integração desses serviços à rede e, conseqüentemente entre si, não parece ser algo específico de Betim, embora haja especificidades com relação a esse município. Problema análogo encontram Bernardo e Garbin (2011) em outras regiões do país, o que lhes permite constatar que, no que diz respeito à atenção à saúde mental dos trabalhadores,

a integração entre os serviços também se configura como outra importante dificuldade. A centralização da Saúde Mental nos CAPS, e da Saúde do Trabalhador nos Cerest parece aumentar a distância entre as duas áreas programáticas e dificultar o estabelecimento de ações conjuntas com relação ao adoecimento/sofrimento psíquico relacionado ao trabalho (Bernardo; Garbin, 2011, p. 108).

6.1.3 – Sobre o tipo de público atendido

Conforme vimos acima, uma das dificuldades encontradas na integração dos serviços se deve ao fato de que, muitas vezes, os pacientes do CERSAM Betim Central são vistos como sendo “exclusivos” da Saúde Mental. A origem da população atendida também pode ser um fator que nos ajuda a compreender, não apenas isso, mas também a dificuldade de articulação dos dispositivos da saúde entre si. No caso do CERSAM, a população atendida tem as mais diversas origens, não havendo um fluxo previamente configurado que determine o acolhimento dos usuários. Conforme já discutimos a propósito da descrição do funcionamento do CERSAM Betim Central, o serviço funciona em regime de 24 horas e recebe usuários provenientes de diversos lugares e por diversos motivos. Um dos psicólogos desse serviço esclareceu:

Infelizmente, a gente não tem esse fluxo muito bem definido não, sabe? Chega muita gente por demanda espontânea: familiares geralmente, usuários de vez em quando, principalmente aqueles que já estão referenciados, principalmente aqueles que já têm história de tratamento. Chega muita gente de SAMU, polícia, o resgate aí da rodovia, chega muita gente trazida: às vezes, um familiar que traz um parente de um outro município do interior, que não mora aqui, mas que fica aqui e que veio e o familiar não está bem (Psicólogo CERSAM Betim Central).

Nesse sentido, o CERSAM Betim Central acaba funcionando também como um serviço de “portas abertas”, configurando-se como a principal forma de acesso à rede de saúde, embora, quase sempre, essa rede fique limitada aos serviços de saúde mental.

Além disso, o fato de funcionar como um serviço “portas abertas” faz com que haja certa inversão na lógica pretendida pelo SUS, que prioriza a Atenção Básica como “porta de entrada” para a rede. Nesse sentido, o CERSAM Betim Central, mesmo que mantenha algumas ligações com outros serviços de saúde do município, passa a funcionar quase que de maneira independente do restante da rede, já que, além de ser o lugar de acolhimento do usuário, tem de responder também como serviço especializado.

Infelizmente a gente tem aqui uma inversão: o CERSAM acaba funcionando como porta de entrada da rede, né? Na verdade, isso deveria acontecer lá na atenção primária. Então chega demandas aqui da assistência ao servidor e de outros órgãos da rede, UAI, políticos. E a

gente está num momento onde isso realmente tem sido, tem tido um ritmo no serviço muito frenético; daí essa correria toda, porque as demandas são várias (Psicólogo CERSAM Betim Central).

Conforme percebemos na fala desse profissional, essa exigência de que o serviço cumpra essa “dupla função” (manter as “portas abertas”, mas também funcionar como serviço especializado), aumenta a carga de trabalho dos profissionais. O fato, também, de lidar com um público bem específico, ou seja, pessoas com quadros graves de saúde mental, faz com que haja dificuldade de compartilhar os casos com outros serviços, já que, nessas situações, a demanda por atenção constante por parte dos usuários dificulta essa interação. Mesmo quando há uma evolução favorável do caso e o quadro de saúde do paciente se estabiliza, há dificuldades de encaminhá-lo para outros serviços, como assinala uma das enfermeiras do CERSAM Betim Central:

Então, o caso estabiliza e a gente não tem pra onde mandar, né? Aí acaba virando um ambulatório aqui; então, não tem pra onde mandar, a rede não acolhe, não se responsabiliza por aquele paciente (Enfermeira CERSAM Betim Central).

Esse mesmo problema é assinalado pelo psicólogo por nós entrevistado. Ao discutir sobre um dos casos que atendeu, ele falou sobre a dificuldade de fazer com que o paciente continuasse seu tratamento fora do CERSAM:

Esse é um dos problemas da nossa rede: a gente não consegue encaminhar. A nossa rede ambulatorial foi estrangulada (...) Então, o que é que acontece? Eu encaminho o cara, e a unidade não consegue absorvê-lo com agilidade. Esse sujeito acaba ficando solto. Então, eu prefiro deixar a porta entreaberta, porque, senão, o que vai acontecer fatalmente é uma nova crise (Psicólogo do CERSAM Betim Central).

Esses fatores contribuem para que se reforce a ideia anteriormente assinalada de que o usuário do serviço que é atendido pelo CERSAM é visto, muitas vezes, como “usuário da Saúde Mental”.

O CEREST, por outro lado, conquanto às vezes, funcione também como um serviço de “portas abertas”, procura focar suas ações na capacitação da rede, de tal forma que os casos que chegam até esse serviço são encaminhados por diversas instituições, sendo muitos deles pelos demais serviços de saúde do município. Em pesquisa realizada em 2008 nesse serviço, Hirochi (2010) assinala que “quanto à

procura do CEREST - Betim, pelos entrevistados, observou-se que 26,1% o fizeram espontaneamente e 73,9% foram encaminhados por origens diversas” (Hirochi, 2010, p. 67).

Nesse levantamento, a autora identifica, como origem dos encaminhamentos, além de sindicatos e outras instituições, vários dos serviços de saúde do município, como UBS, hospital e PSF (Hirochi, 2010). Assim, podemos inferir que os casos acompanhados pelo CEREST já surgem “em rede”. E, apesar de ainda haver dificuldades em se alcançar partes da rede SUS Betim, os avanços obtidos se devem aos esforços empreendidos pelo próprio dispositivo, não só para se fazer conhecido dos demais serviços, mas também para estabelecer fluxos de atendimento. Como assinala a gerente do serviço,

eu acho que a gente tem que avançar muito ainda na questão da divulgação, na estruturação de fluxos, né? (...) Então, nós criamos um formulário próprio para o SUS (...) e um formulariozinho que chama saúde do trabalhador na rede de urgência e emergência do SUS de Betim, com dois quadradinhos, só para a urgência marcar um X e mandar para o CEREST, entendeu? para não ter desculpas de não mandar. Criamos um formulário para o sindicato; porque o sindicato mandava muito de boca: “Ah, vai nos CEREST”. (...) Então a rede não encaminhava, então vinham [por] demanda espontânea. Hoje não; (...) hoje 60% dos encaminhamentos que chegam no CEREST são da atenção básica, por causa do trabalho que a gente fez. E a maioria deles são encaminhados formalmente. Porque isso nos faz... nos faz conhecidos (Gerente CEREST).

Nesse processo, a estratégia de contra-referência também tem se mostrado útil para o estabelecimento desse atendimento em rede. Como destaca essa mesma gerente,

porque também não adianta falar assim: “Eu mandei para o CEREST, mas o CEREST não me deu resposta nenhuma; nem sei o que aquele povo fez lá”. Eu já ouvi muito isso na rede: “Ah, eu nem vou mandar para o CEREST, a gente nem sabe o que eles ficam fazendo lá”. Então, assim, dá a resposta por escrito, talvez a gente ganha a credibilidade. Eu estou falando isso para vocês, porque é isso que a gente está tentando perseguir (Gerente CEREST).

Se essa interação vai se fortalecendo com a Atenção Básica e também com outras entidades, como os sindicatos, por exemplo, o mesmo não se pode dizer com relação à Saúde Mental, com a qual o CEREST, historicamente, não mantém contatos, não havendo, portanto, encaminhamentos de um serviço para o outro.

É importante ressaltar que aqui estamos nos referindo, principalmente, às ações ligadas à assistência. Assim, não é de se estranhar que o público, que chegava ao CEREST até o início de nossa pesquisa, não envolvia trabalhadores com problemas de saúde mental, já que, a essa época, esse dispositivo não dispunha de um serviço de psicologia, conforme já assinalamos anteriormente.

É somente com a inclusão de psicólogos que começa a haver uma maior aproximação entre o CEREST e os serviços de Saúde Mental do município, conforme pretendemos discutir mais adiante. Quando do início de suas atividades nesse serviço, a psicóloga já assinalava quais seriam algumas de suas responsabilidades:

Faz parte aqui do trabalho do CEREST capacitar a própria rede em saúde do trabalhador. Esse trabalho já é feito de forma regular, desde o ano passado... O pessoal já foi em praticamente todas as UBS, mas em nenhum equipamento da saúde mental. Então, assim, isso é uma tarefa específica minha, né? Da psicologia, fazer esse diálogo com o pessoal que trabalha em saúde mental (Psicóloga CEREST).

Por ora, vale esclarecer que, quanto ao público atendido em Betim, os casos menos graves de saúde mental eram atendidos pela Atenção Básica e aqueles mais graves ficavam sob a responsabilidade da Saúde Mental, sem que houvesse, até o ano de 2010, inclusão do CEREST como dispositivo parceiro, mesmo que os casos pudessem ter alguma relação com o trabalho. Isso porque, até essa época, o CEREST não possuía profissionais voltados para a área da Saúde Mental.

Esse aspecto nos interessa particularmente, pois essa priorização dos casos graves pela Saúde Mental acaba por impedir que aqueles relativos ao adoecimento mental relacionado ao trabalho sejam contemplados, já que, na avaliação de Bernardo e Garbin (2011), por exemplo, trata-se de casos que, na maioria das vezes, não se configuram como sendo graves. Assim,

parece-nos que a própria política de saúde mental não propicia condições para a atenção aos problemas de saúde mental relacionada ao trabalho. Vale lembrar que essa política prioriza o atendimento de casos graves e/ou agudos – que deve ocorrer nos CAPS e nos hospitais – e a atenção aos casos "leves" – que deve se dar nas equipes de saúde da família, com suporte dos NASFs. Entretanto, os casos que poderíamos chamar de "intermediários" – que incluem a maioria daqueles de saúde mental relacionada ao trabalho – não contam, em geral, com um sistema estruturado para seu atendimento (Bernardo; Garbin, 2001, p. 109).

6.1.4 – Sobre a fundamentação teórica

Outro aspecto que parece estar na origem e manutenção do fosso entre a Saúde Mental e a Saúde do Trabalhador no contexto da nossa pesquisa encontra-se nas bases teóricas que sustentam as práticas dos profissionais de cada um desses serviços.

No CERSAM Betim Central, ouvimos várias vezes os entrevistados dizerem que se valem da abordagem psicanalítica para atuarem nesse serviço. Alguns afirmam, inclusive, que várias das supervisões que tiveram desde que iniciaram ali suas atividades foram dadas por psicanalistas. A fala de um dos entrevistados sugere ser essa a abordagem mais adotada pelos profissionais que atuam nesse serviço:

A gente tem aqui em Betim, aqui em Minas Gerais, de certa forma, a gente tem uma influência muito grande da psicanálise. A psicanálise exerce aí no campo da saúde mental influência sim. Se você for olhar lá em São Paulo, por exemplo, o pessoal já tem outra, né? Aqui a psicanálise tem um peso muito grande; naturalmente, isso vai influenciar aí a nossa prática, né? (Psicólogo CERSAM Betim Central).

Um breve resgate histórico sobre o movimento da Saúde Mental no estado de Minas Gerais nos permite compreender essa influência da psicanálise no estado e, conseqüentemente, em Betim.

A esse respeito, vale observar, inicialmente, que, embora a Saúde Mental e a psicanálise sejam campos distintos, não podemos ignorar o fato de que

se hoje a psicanálise se faz presente no campo da saúde pública, não poderia deixar de ser a saúde mental que viabiliza esta presença, uma vez que é geralmente nos serviços ou programas de saúde mental que, de alguma forma, se inserem os psicanalistas que exercem sua prática em unidades de saúde da rede pública (Fernández, 2001, p. 10).

No caso específico de Minas Gerais, sobretudo na Região Metropolitana de Belo Horizonte, é quase impossível desvincular a saúde mental da psicanálise, posto que a orientação teórica que serve de base a vários profissionais que atuam nesse campo é a psicanalítica, conforme assinalamos acima. Parte dessa influência se explica pela forma como os profissionais da saúde mental, que não compartilhavam

do modelo hospitalocêntrico, tiveram de se organizar em torno da luta antimanicomial.

Ao realizar um estudo sobre a evolução dos atendimentos em serviços ambulatoriais no campo da saúde mental em Minas Gerais, por exemplo, Goulart (2004) constata que, nos anos de 1988 e 1989, já era “possível identificar algumas tendências que apontavam para um afastamento das orientações originais do serviço ambulatorial” de saúde mental que estavam sob a supervisão do “Centro Metropolitano de Saúde de Belo Horizonte”. Ou seja, “os serviços de saúde mental deveriam constituir um contraponto à lógica segregatória e iatrogênica dos hospícios”, típica das décadas anteriores (Goulart, 2004, p. 299). A clientela atendida por esses ambulatórios se constituía de pessoas de baixa renda, pouca escolaridade e provinda do meio rural. Em suma, esses usuários “eram, geralmente, dependentes da renda familiar e não tinham participação no mercado formal, sendo a maioria constituída de ‘donas de casa’, aposentados e pensionistas” (*Idem*, p. 299).

Em contraponto, os egressos dos hospitais psiquiátricos “encontravam um espaço muito exíguo nesses serviços, [sendo] atendidos especialmente pela psiquiatria. A equipe de saúde mental, como um todo, tinha pouco a oferecer a esse tipo de cliente, entendido como crônico” (Goulart, 2004, p. 300). Além disso, a ideia de equipe pluridisciplinar que deveria orientar as práticas dos profissionais das “equipes de saúde mental” dos ambulatórios não se traduzia em “melhoria da qualidade do atendimento e no alargamento de suas respostas terapêuticas” aos usuários dos serviços. Dessa forma, “a multiplicidade de discursos e práticas de psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais, em vez de produzir enriquecimento, resultava em refração” (*idem*, p. 301).

Essas dificuldades acabaram por fazer com que os profissionais recorressem às práticas já consagradas em suas respectivas áreas de atuação: “Recolhiam-se, então, às fronteiras de sua experiência pregressa – seu discurso e sua prática (...). Num plano mais abrangente, [continuavam] estabelecidos, hegemonicamente, os discursos médico e psiquiátrico, que, consolidados no reduto dos centros de saúde, instauravam dificuldades para a efetivação das práticas psicoterapêuticas” (Goulart, 2004 p. 301).

Dessa forma, diante das diferentes “modalidades do discurso psiquiátrico – o organicismo, o preventivismo e o psicoterápico”, que não estabeleciam diálogos

entre si, cada uma buscou “interlocutores” para garantir sua legitimação. Nessa perspectiva, a terceira modalidade, a psicoterápica, “sustentou a consolidação da psiquiatria em consultórios privados e traz à cena, enquanto seu interlocutor legítimo, a comunidade psicanalítica e suas instituições, que, posteriormente, passaram a congregar outros profissionais, especialmente os psicólogos” (Goulart, 2004, P. 302). Com isso, dentro desses ambulatorios os profissionais caminhavam cada um em sua própria direção, sendo que o “psicólogo tendeu a proceder a atendimentos psicoterapêuticos individuais, de orientação freudiana, e buscou respaldo e interlocução na comunidade psicanalítica...” (*idem*, p. 302)

Também nos demais serviços substitutivos, em Minas Gerais, resultantes da reforma psiquiátrica, a psicanálise teve inserção significativa. Esse processo começou a ser delineado já na década de 60, onde é possível identificar algumas iniciativas “reformistas” realizadas pelos profissionais do Instituto Raul Soares, dentre as quais se destacam: “o Ambulatório Central Roberto Resende, a Residência de Psiquiatria; o Projeto Guimarães Rosa e a implantação do primeiro hospital-dia público do Estado de Minas Gerais” (Goulart; Durães, 2010, p. 114). Destacamos, aqui, duas dessas iniciativas, nas quais identificamos a gradativa inserção da psicanálise como modelo teórico que servirá de base para a atuação dos profissionais: a Residência de Psiquiatria e o Hospital-Dia.

Fundada em 1968, a primeira Residência em Psiquiatria de Minas Gerais teve suas atividades iniciadas no Hospital Galba Veloso tendo sido transferida, em 1971, para o Instituto Raul Soares. Como assinalam Goulart e Durães (2010),

a Residência realizava cursos básicos, estudos complementares, pesquisas, atendimento nas enfermarias, plantões, serviços ambulatoriais e comportava um centro de estudos. Ao longo dos anos 70, propiciou o estudo sistemático de psicanálise, com ênfase em Freud e Lacan, e da Psiquiatria Social, em que se destacaram: Ronald David Laing, David Cooper, Michel Foucault, Maxwell Jones, Paul Sivadon, Narthan Ackerman, Roger Bastide, dentre outros autores sintonizados com a cultura profissional crítica e antimanicomial (Goulart; Durães, 2010, p. 115).

Outra experiência digna de nota é o Hospital-Dia, que “foi o primeiro serviço de semi-internação e de portas abertas da rede pública tanto estadual como municipal”, em Minas Gerais (Goulart; Durães, 2010, p. 117). Criado para ser um serviço alternativo ao modelo hospitalocêntrico vigente à época (década de 80), seu modelo de referência era o da “Comunidade Terapêutica, colocando em pauta, mais

uma vez, a ênfase na reabilitação ativa do paciente e na democratização das relações no hospital” (*Idem*, p. 118). Contudo, como adiantam Goulart e Durães (2010), “o modelo da Comunidade Terapêutica modificou-se rapidamente. A relação do serviço com seus usuários passou a ser concebida como lugar de escuta psicanalítica, que respondeu como possibilidade de sustentação para a ‘reconstrução subjetiva’” (Goulart; Durães, 2010, p. 118).

Da década de 80 aos dias atuais, a psicanálise ganhou força, passando a ser a abordagem teórica de maior expressão, tornando-se quase hegemônica nos serviços de saúde mental em Minas Gerais, sobretudo, na Região Metropolitana de Belo Horizonte, o que pode ser percebido pela frequência de psicanalistas nesses serviços e pelas estratégias de atendimento aos usuários.

Guerra e Milagres (2005), por exemplo, ao discutirem o uso do Acompanhamento Terapêutico (AT) como modalidade de tratamento a psicóticos, afirmam que

especialmente em Minas Gerais, vemos, a partir da década de 90, uma retomada do AT, paralela à instalação de uma prática antimanicomial no estado, antecedida por experiências informais de reconfiguração da assistência psiquiátrica. A psicanálise, nesse percurso mineiro, tem sido parceira no diálogo pela construção de formas substitutivas de assistência em relação ao hospital psiquiátrico (Guerra; Milagres, 2005).

Também Barreto (2010) destaca o “importante papel que a psicanálise cumpriu na implementação e avanço da reforma psiquiátrica brasileira, particularmente em Minas Gerais” (p. 1). Ao refletir sobre os dispositivos criados na rede de Saúde Mental, essa autora declara que,

a construção de uma equipe de trabalhadores, que são pilares dessa rede, não é uma tarefa simples, bem como é complexo o universo de trabalho no qual estão incluídos. As supervisões clínico-institucionais são um recurso previsto pelo Ministério da Saúde Brasileiro e, mesmo antes dessa formalização vigorar, sustentadas pela Prefeitura de Belo Horizonte. O endereço e transferência de trabalho com os analistas da EBP-MG⁴⁴ são uma tônica persistente (Barreto, 2010, p. 4).

Sendo, portanto, a psicanálise tão influente nos serviços de saúde mental em Minas Gerais, particularmente na Região Metropolitana de Belo Horizonte, e não menosprezando as evidentes contribuições que ela trouxe ao campo da saúde

⁴⁴ Escola Brasileira de Psicanálise - Minas Gerais

mental, cabe-nos interrogar em que medida essa perspectiva permite um tratamento adequado das questões relativas às possíveis relações entre as experiências de trabalho e os problemas de saúde mental apresentados pelos usuários desses serviços.

No caso específico do CERSAM Betim Central, é fácil perceber que o trabalho é visto como importante, apenas na medida em que aponta para possibilidades terapêuticas ou de reinserção social do paciente. Quando a questão envolve a gênese do adoecimento mental, essa categoria parece perder sua importância, ocupando um lugar marginal.

Quanto ao primeiro aspecto, não podemos desconsiderar o fato de que muitos dos profissionais que atuam no CERSAM Betim Central reconhecem, a princípio, que o trabalho tem importante papel, sobretudo na manutenção do equilíbrio psíquico dos usuários que passam pelo serviço, sendo um importante “recurso” na condução de alguns casos. Como destacou uma das psicólogas desse serviço,

o trabalho, quando a pessoa consegue “engatar”, é um laço social importantíssimo (Psicóloga CERSAM Betim Central).

Um dos psiquiatras, ao se referir à sua experiência no serviço, explica:

Já é difícil de trabalhar a inserção do paciente em algum trabalho, mesmo que não seja formal. Agora, o que eu percebo é, com os raros pacientes que eu consigo fazer isso, que eu consegui fazer isso (...) – são muito poucos que dão conta –, assim, é impressionante o quanto que esses que conseguiram entrar [no mercado de trabalho] têm uma estabilização mais duradoura, do que aqueles que ficam nessa coisa do benefício [do INSS], ou que, de fato, por conta da psicose, não dão conta mais de uma inserção formal no trabalho (Psiquiatra CERSAM Betim Central).

Vale destacar que essa perspectiva está em consonância com a proposta do modelo antimanicomial, que “prevê que aquele que antes era o ‘doente’ excluído, agora passe a ser sujeito da sua própria existência” (Amarante *apud* Bernardo; Garbin, 2011, p. 109). Nesse caso, o trabalho parece ocupar um lugar de destaque, já que,

enquanto atividade social, torna-se um importante instrumento para a emancipação do indivíduo, com a recuperação da sua cidadania, e para a reconstrução de laços e redes

sociais, podendo se dar de diversas formas. A constituição de cooperativas sociais, por exemplo, pode ter a dupla função de colaborar na recuperação da saúde mental e possibilitar um contexto em que o trabalhador seja dono de sua força de trabalho. (Bernardo; Garbin, 2011, p. 109).

Mas, mesmo com relação às formas de trabalho protegido, os profissionais do CERSAM Betim Central mostram-se bastante críticos quanto aos riscos de que isso se torne um dificultador na reinserção dos usuários do serviço. Ao discutirem sobre uma dessas iniciativas desenvolvidas em Belo Horizonte, por exemplo, eles esclareceram:

Uma crítica ao S [projeto de geração de trabalho e renda], é que ele, às vezes, cria uma bolha, que acaba criando quase uma realidade paralela em relação ao grande mercado (psicólogo CERSAM Betim Central)

Se você abre um espaço de trabalho e geração de renda, é pra competir no mercado; e eles [S] não competem. A própria prefeitura abraça. Então, cria essa bolha. Eles trabalham pra vender prum mercado cativo, que já está lá; que é interesse desse mercado, porque compra baratíssimo, uma coisa de uma qualidade extremamente duvidosa (psiquiatra CERSAM Betim Central).

De maneira igualmente crítica é pensada a dificuldade que a sociedade tem de aceitar o usuário da Saúde Mental no mercado formal de trabalho. Quanto a isso, um dos profissionais disse:

Um menino que tem uma história de acompanhamento na Saúde Mental até lá do CERSAMI (...) e ele estava aí com seus 18, 19 anos e arrumou um emprego pra trabalhar num supermercado tal. E conversa vai, conversa vem, foi solicitado dele, pelo empregador, um laudo psiquiátrico se ele podia, ou não, trabalhar (...) Aí que veio a minha dúvida: O que fazer com esse paciente? Escrever lá num laudo que esse cara tem uma doença mental, e talvez ele não ia ser empregado? Ou não escrever, mas tendo noção de que aquilo não é a realidade? (Residente de psiquiatria CERSAM Betim Central).

Assim, podemos perceber que os profissionais do CERSAM Betim Central não têm dificuldade em reconhecer que a atividade laboral pode trazer benefícios terapêuticos aos usuários da Saúde Mental e parecem atentos aos limites e obstáculos enfrentados na sua reinserção social pela via do trabalho. E, mais do que isso, observamos, também, certa preocupação com a qualidade das atividades a serem desempenhadas pelos pacientes, quando de sua inserção no mercado. A esse respeito, por exemplo, um dos profissionais destacou:

Tem uma dimensão da lei (...) que são contempladas essas porcentagens [de pessoas com deficiência] nas empresas; que é visto como uma solução. Agora, uma coisa que é preciso ser vista, dentro dessa perspectiva do trabalho, é que as pessoas entram por essa porta, mas elas são submetidas à lógica de trabalho que todo mundo tá nela; e não é feito um trabalho mais singular, dentro daquela deficiência que a pessoa apresenta, pra se inserir na lógica de trabalho (residente de psiquiatria CERSAM Betim Central).

Porém, quando a questão se refere ao lugar do trabalho no adoecimento mental, vemos que essa categoria deixa de figurar como um fator relevante, ou até tende a ser desconsiderado. A esse respeito, um dos profissionais do serviço afirmou que

a questão “saúde mental e trabalho”, na minha experiência, ela é pouco tocada no CERSAM, na Saúde Mental. A gente pouco interroga o usuário qual a importância que tem o trabalho pra ele (psiquiatra CERSAM Betim Central).

Essa perspectiva pode ser percebida, também, a partir de um levantamento dos prontuários relativos aos pacientes mantidos em permanência-dia nesse serviço, quando constatamos que, de 101 (cento e um) prontuários pesquisados, apenas em 32 (trinta e dois) deles constam informações sobre a profissão dos usuários. Isso sugere a irrelevância desse dado para os profissionais que acolhem e conduzem os casos que chegam ao serviço. Apesar do número de prontuários pesquisados por nós ser pouco significativo, esse achado é reforçado, por exemplo, por uma pesquisa feita por Lima (2004) em torno de um grande número de prontuários de pacientes pertencentes a clínicas e hospitais psiquiátricos de Barbacena. Com base nesse levantamento, a autora trouxe importantes reflexões sobre o lugar que o trabalho tem ocupado para muitos dos profissionais que atuam na Saúde Mental. Na primeira fase da pesquisa, ela informa que “dos 3972 prontuários analisados [foi possível] identificar as atividades profissionais de 1711 pacientes” (Lima, 2004, p. 148), o que corresponde a menos da metade do total de prontuários. Esse dado, por si só, permitiu a Lima (2004) constatar que “o descaso notório de muitas correntes da psiquiatria e da psicologia em relação a esses fatores [psicossociais na gênese dos distúrbios mentais] já fala por si”. Conforme enfatiza a autora, “isto ficou bem ilustrado (...) pela enorme dificuldade em localizar nos prontuários as informações sobre as dimensões psicossociais do adoecimento, especialmente as que diziam respeito às atividades profissionais” (Lima, 2004, p. 157). E, mesmo diante dos

relatos de muitos dos pacientes que estabeleciam relações entre seu adoecimento e o trabalho, o que a autora constatou é que “seus interlocutores (psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais) teimavam em ignorar esses conteúdos, direcionando a entrevista para os temas que julgavam mais ‘relevantes’” (*idem*, p. 158). Diante disso, ela concluiu que “não fica difícil deduzir que esses profissionais já tinham uma hipótese explicativa a respeito do problema, na qual o trabalho não ocupava qualquer lugar” (Lima, 2004, p. 158).

O que esse aspecto permite inferir é que, “ao desconsiderar a vida laboral anterior de seus pacientes, as equipes de saúde mental também podem tratar problemas relacionados ao trabalho como se esses fossem exclusivamente de ordem intrapsíquica” (Bernardo; Garbin, 2011, p. 109), numa perspectiva “individualizante”.

Assim, ao nos depararmos com dificuldade semelhante na identificação das profissões dos usuários do CERSAM Betim Central, a partir da análise dos prontuários, vemos que essa lógica continua presente nos serviços de Saúde Mental do município e parece se perpetuar.

O que podemos inferir, baseando-nos nessas discussões, é que o trabalho é visto, pelos profissionais que atuam nesse campo, apenas na sua positividade, sendo desconsiderada a sua dimensão negativa, que aponta para os efeitos deletérios que ele pode ter na saúde mental dos trabalhadores. Vale destacar que, no nosso entender, essa visão parcial e unilateral do trabalho na relação com a saúde mental é decorrente, em grande medida, do referencial teórico que sustenta as práticas desses profissionais, nesse caso, a psicanálise.

Aqui, vale retomar algumas das reflexões propostas por Lima (2011), ao buscar identificar a noção de trabalho presente nos chamados “textos culturais” de Freud. Ao realizar essa investigação, a autora observa que “as insuficiências no tratamento dado a esse tema no pensamento freudiano permitem compreender, em grande medida, os problemas apontados pelos seus maiores críticos” (Lima, 2011, p. 2). Nesse sentido, causa estranheza à autora a quase ausência da categoria trabalho na psicanálise como um todo, e em especial nesses textos “onde era de se esperar um tratamento exaustivo do tema, uma vez que parece difícil se pensar a cultura e os processos civilizatórios sem se levar em conta essa categoria” (Lima, 2011, p. 3). Também Jacques (2007) constata isso, esclarecendo que, “na obra freudiana são poucas as referências à categoria trabalho” e, em alguns casos, como

categoria de pouca relevância para se compreender os distúrbios mentais, como, por exemplo, no texto “Análise terminável e interminável”, onde “o trabalho é citado como um possível fator inespecífico e secundário na etiologia do transtorno psíquico” (Jacques, 2007, p. 113).

Na avaliação de Lima (2011), a falta de clareza quanto à noção de trabalho leva Freud a sustentar uma visão “naturalista” do ser humano, com forte viés “biologicista”. Ao se referir, por exemplo, às discussões de Freud em seu texto “O mal estar da civilização”, de 1930, Lima (2011) observa que, se num primeiro momento, ele parece “compreender o caráter eminentemente social do trabalho, ao sinalizar que, desde os seus primórdios, o homem percebeu que só poderia produzir e reproduzir sua existência com outros homens” (Lima, 2011, p. 10), num segundo momento ele acaba por retomar seu viés “naturalista”. Nessa mesma direção, vemos outro problema sério dessa obra, identificado pela autora, e que diz respeito a uma das ideias centrais em Freud: ao postular a existência de uma agressividade inata no ser humano, ele explicaria a exploração do homem pelo homem, conforme vemos no capitalismo, por exemplo. A esse respeito, Lima (2011) refina sua crítica ao “pai da psicanálise”, ressaltando que, “ao propor que a exploração do trabalho de um homem por outro seja fruto dessa agressividade inata, [Freud] naturaliza relações sociais de produção que, na verdade, são historicamente construídas” (Lima, 2011, p. 11).

Conforme podemos depreender das análises feitas por Jacques (2007) e Lima (2011), a categoria trabalho é marginal na teoria psicanalítica e, mesmo quando Freud trata dela, deixa transparecer a imprecisão com a qual é apreendida no conjunto de sua obra.

Outra dimensão do problema encontramos nas discussões feitas acerca do nexos causal entre trabalho e adoecimento mental, tal como exposto na primeira parte desta tese. Vimos, na ocasião, que é Dejours (1987) quem levanta essa polêmica e, não por acaso, a base teórica sobre a qual esse teórico se sustenta é a psicanalítica. Nos dizeres de Lima (2003), “a tese central defendida por Dejours, nessa obra, é a de que a doença mental tem uma origem essencialmente psicogênica, o que é coerente com a sua opção pela psicanálise como teoria de base” (Lima, 2003, p. 163). A partir daí, fica fácil compreender sua dificuldade, bem como a dos profissionais que trabalham nessa mesma perspectiva, em reconhecer o lugar do trabalho no adoecimento mental.

Esse pode ser entendido como mais um fator que dificulta a aproximação do CERSAM ao CEREST, posto que, para esse último, o trabalho é tido como um dos principais determinantes dos processos saúde-doença, o que, como vimos acima, não condiz com a perspectiva comumente adotada pelos profissionais da Saúde Mental.

Conforme é possível deduzir a partir do que já discutimos sobre a origem e funcionamento do CEREST Betim, esse serviço pauta suas ações na perspectiva da Saúde Pública, mais precisamente, da Saúde Coletiva, tendo como um de seus pilares “a compreensão e o compromisso com a atenção integral à saúde, que abrange o desenvolvimento de ações de promoção e proteção, vigilância e assistência, incluindo a reabilitação física e psicossocial, **considerando o papel do trabalho na determinação do processo saúde-doença dos trabalhadores**” (Dias; Silva, 2012, p. 13; grifos nossos).

Portanto, na base das ações promovidas pelo CEREST Betim, encontra-se o trabalho, que aparece como um dos elementos fundamentais para se compreender os problemas de saúde enfrentados pelos usuários. Já tivemos a oportunidade de fazer um breve resgate histórico da Saúde do Trabalhador no Brasil, abordando os pilares teóricos que sustentam as práticas relacionadas a esse campo no país. O que percebemos é que, no CEREST Betim, é essa concepção que norteia suas práticas, a saber, aquela baseada na Medicina Social Latino Americana. Nessa perspectiva, o trabalho é tomado em sua contraditoriedade, onde é possível perceber que, se, de um lado, ele pode possibilitar o desenvolvimento do homem, sendo fonte de saúde, por outro, de acordo com as formas por ele assumidas, pode favorecer o adoecimento. Quanto ao primeiro aspecto, as reflexões que fizemos em torno da ergoterapia permitem elucidar essa dimensão do trabalho. Com relação ao adoecimento, convém assinalarmos o caráter de estranhamento que o trabalho adquire na ordem do capital.

Apesar de ser o trabalho o meio da liberdade do homem, conforme discutimos a partir das reflexões propostas por Lukács (2013), não podemos desconsiderar o fato de que, ao assumir determinadas formas, ele pode se converter no seu contrário. Ou seja, se de um lado “o desenvolvimento das forças produtivas é necessariamente ao mesmo tempo o desenvolvimento das capacidades humanas”, por outro lado, isso “não acarreta necessariamente um desenvolvimento da personalidade humana” (Lukács, 2013, p. 581).

Nesse sentido, a discussão sobre a forma assumida pelo trabalho na ordem do capital é imprescindível para avançarmos na compreensão do adoecimento dos trabalhadores, o que significa dizer da importância de se estudar a especificidade do trabalho. Há uma necessidade, portanto, de se compreender em que contexto histórico ele se dá, quais os fatores que o determinam; enfim, quais as características próprias do trabalho ao qual estão submetidos os sujeitos.

Analisando a relação existente entre o trabalho e a saúde dos trabalhadores, Laurell e Noriega (1989) procuram definir as categorias essenciais para a compreensão dessa relação. Assim, partem da análise do processo de produção, tal como se verifica no capitalismo, assinalando as “suas duas facetas: o processo de valorização (de produção de mais-valia) e o processo de trabalho (de produção de bens)” (p. 105), como aspectos imprescindíveis para o estudo das formas de adoecimento relacionadas ao trabalho. Porque é a “lógica concreta do processo de valorização” que determinará as estratégias utilizadas pelo capital para efetivar a extração da mais-valia. “O processo de trabalho [por sua vez] é a materialização do processo de valorização e divisão do trabalho”. (Laurell; Noriega, 1989, p. 105). Nessa perspectiva, não basta apenas analisarmos os instrumentos de trabalho (“características físicas, químicas e mecânicas”) em sua vertente técnica; há que se levar também em conta a vertente social, ou seja, o porquê e como chegam a ser de determinada forma. Isso significa que “os instrumentos de trabalho ou a tecnologia devem ser compreendidos, de um lado, no que diz respeito a sua conformação técnica e, de outro, como a materialização de uma determinada relação entre capital e trabalho” (*Idem*, p. 106). Observação análoga vale para o trabalho, que “tem que ser entendido como processos corporais, mas também como uma expressão concreta da relação de exploração através de sua organização e divisão” (*Idem*, p. 106-7). Em suma, a análise de dado processo de trabalho “(...) permanece incompleta se não são considerados os matizes que o confronto cotidiano entre trabalho e capital lhe imprimem, e a heterogeneidade técnica presente no seu interior”. (Laurell; Noriega, 1989, p. 108).

O processo de trabalho surge, portanto, como “um dos elementos-chave para a compreensão dos determinantes da saúde do trabalhador, já que permite desentranhar de que forma se constitui o nexos biopsíquico dessa coletividade” (Laurell; Noriega, 1989, p. 106). Conforme discutimos anteriormente, se o trabalho determina, de maneira importante, a forma de inserção dos indivíduos no mundo,

então, a saúde será, em grande medida, determinada pela forma do processo de trabalho, o que aponta para a dimensão social do processo saúde-doença, noção cara à Saúde Coletiva.

No caso do CEREST Betim, vemos como a preocupação com a dimensão coletiva dos problemas de saúde dos trabalhadores aparece, por exemplo, como forma de uma “recusa” inicial de alguns profissionais quanto à entrada de uma psicóloga no serviço. A própria psicóloga ressaltou esse aspecto:

No começo havia algumas resistências, tanto externas quanto internas, à presença da psicologia. Eu acho que essas resistências internas de alguns profissionais, em especial de um médico, acabaram... Não percebo mais... Mas ele tinha uma visão da psicologia... essa do atendimento, de individualizar demais os casos; ele questionava se isso ia ajudar ou atrapalhar, dado o momento de transição que o CEREST também estava passando... (Psicóloga CEREST).

A divergência teórica dos profissionais que atuam nos diversos serviços de saúde é um dos aspectos bastante enfatizado por aqueles que tentam compreender as dificuldades encontradas na rede para lidar com os problemas de saúde mental dos trabalhadores. A esse respeito, Bernardo e Garbin (2011), por exemplo, ao analisarem uma experiência em um município do interior paulista, destacam que, quando profissionais ligados à saúde mental e à saúde do trabalhador se dispuseram a discutir sobre as ideias ligadas à origem dos distúrbios mentais apresentados pelos usuários do CAPS do município, constataram que as diferentes concepções se evidenciaram:

Enquanto alguns profissionais do CAPS focavam os problemas de saúde mental no intrapsíquico e discutiam a atividade de trabalho como uma escolha pessoal, as profissionais da saúde do trabalhador apontavam os aspectos sociais, indicando o trabalho como um fator fundamental no diagnóstico e no encaminhamento (Bernardo; Garbin, 2011, p. 111).

Assim, essas mesmas autoras constatam que parte dos problemas de integração entre a SM e a ST está na

formação dos profissionais de saúde mental – especialmente psiquiatras e psicólogos – que ainda é fortemente influenciada por vertentes individualizantes. A formação médica em psiquiatria, de um modo geral, preconiza terapêuticas medicamentosas como a solução para a maior parte dos problemas de saúde mental. Já no campo da psicologia, as teorias predominantes – entre as quais, a psicanálise se destaca – enfatizam os aspectos individuais e familiares como as principais causas do adoecimento e do sofrimento psíquico, indicando a psicoterapia como a forma primordial de tratamento (Bernardo; Garbin, 2011, p. 106).

Essa questão nos parece crucial para o desenvolvimento de ações eficazes na saúde, o que implica a revisão dos modelos teóricos que servem de base às práticas dos profissionais da saúde mental. A esse respeito, Jacques (2007) assinala o quanto é fundamental “re-significar a função do trabalho no processo de saúde/doença mental” (Jacques, 2007, p. 112).

6.1.5 – Sobre a lógica de orientação do funcionamento dos serviços

Outro aspecto, para o qual achamos interessante chamar a atenção e que parece manter algum tipo de relação com a concepção teórica, diz respeito à lógica que orienta os profissionais de cada um dos dispositivos analisados: enquanto no CERSAM os serviços parecem obedecer a uma lógica determinada pelos casos atendidos, no CEREST os serviços parecem se estruturar a partir da legislação (políticas, portarias, decretos) e a própria estrutura organizativa do município (secretaria, superintendência etc). Ainda que esse aspecto não se constitua, necessariamente, em um fator que explique a origem do fosso, não podemos negar que, de alguma forma, ele reforça a distância existente entre a SM e a ST, na medida em que parece haver duas formas de funcionamento que não dialogam entre si, por não haver uma “linguagem” comum entre esses serviços.

Quando afirmamos que a diferença na lógica de funcionamento dos serviços parece manter algum tipo de relação com a concepção teórica, queremos dizer que as teorias que servem de base para cada um desses serviços têm influenciado diretamente na lógica que imprimem às suas ações. Ou seja, se no CERSAM observamos que sua origem se liga à reforma psiquiátrica e por ser a psicanálise uma das abordagens mais influentes nesse contexto, não é de se estranhar que o modelo de assistência nos casos em que se prioriza o atendimento individual seja o que mais vigora nesse serviço e que parece determinar a tônica do seu funcionamento.

A assistente social por nós entrevistada, por exemplo, relata o quanto os atendimentos de casos lhe apareciam como uma necessidade imperiosa colocada pelo serviço, mesmo que ela não se sentisse preparada para esse tipo de atividade à época que entrou no CERSAM.

Eu acho que eu tenho uma marca que eu carrego na minha história profissional que nem todos os profissionais que entram como assistente social conseguem construir ou fazer instituir, que é você ser assistente social e não obrigatoriamente atender casos, sabe? Assim, aquela coisa, que tinha aquele discurso: “Todo mundo tem que atender”, “todo mundo tem que fazer a clínica”. Que hoje em dia eu já posso atender, eu tenho mais segurança (...) Mas, naquela época, pra mim isso pesava como um elefante. Como é que eu vou atender, se eu não tenho formação? E, ao mesmo tempo, eu gostava do que eu fazia: controle social. E, como eu gostava, cada vez eu me enfiava mais; e como eu já tinha experiência em atendimento de família, trabalho de grupo – reunião de usuário, reunião de família, associava com meu nome – então, aquilo me dava uma certa possibilidade de não gostar do que todo mundo, entre aspas, obrigatoriamente tinha que se ocupar, que era atender (Assistente Social CERSAM Betim Central).

Apesar de essa assistente social assinalar que, ao longo do tempo, foi conseguindo diversificar suas atividades, continuando com “reuniões de usuários, reunião de família, visita domiciliar (...) abordagem domiciliar, acolhimento”, percebemos que os atendimentos individuais ainda continuam sendo a forma de atenção aos usuários privilegiada pelo serviço e aquela que mais ocupa o tempo dos profissionais. E, não por acaso, a abordagem psicanalítica é a mais assinalada pelos profissionais como servindo de base à sua atuação nesse serviço, conforme já discutimos anteriormente.

Dessa forma, observamos que, no CERSAM Betim Central, os principais argumentos para justificar as ações e reivindicações por melhorias giram em torno dos casos atendidos, sendo a “clínica”, ou mais precisamente o “cada caso”, o critério primordial para se determinar todo o fluxo de funcionamento, e também a direção do tratamento a ser dado ao usuário, até mesmo quando os problemas de saúde extrapolam as questões relativas à saúde mental, como fica explícito a partir da fala de um dos profissionais que entrevistamos.

Depois mesmo do gerenciamento do caso, tem isso que eu estava te dizendo, eu estou com paciente lá que precisa de uma avaliação odontológica, então eu vou ligar lá pra UBS, eu vou entrar em contato lá, eu vou ver como é que é; aí a gente consegue um agendamento lá para o dentista avaliar, né? (Psicólogo CERSAM Betim Central).

Durante o período em que estivemos presentes no CERSAM Betim Central, ouvimos várias vezes os profissionais dizerem o quanto a “clínica” é primordial e a base sobre a qual deve se sustentar o serviço. Apesar de não podermos afirmar que a noção de clínica seja unívoca e precisa entre esses profissionais desse serviço,

parece-nos que ela está sempre associada ao atendimento individual dos usuários⁴⁵. As falas a seguir ilustram essa dimensão, em que podemos identificar essa noção subjacente às práticas dos profissionais desse serviço:

Isso já é um princípio meu, da minha clínica, que tem a ver com a reforma psiquiátrica, onde a gente lutou para que o usuário da saúde mental tivesse voz, e que fosse dado crédito à palavra dele, que ele pudesse falar sobre ele, sobre a doença dele ... (Psicóloga CERSAM Betim Central).

Aí eu fui fazer supervisão, eu com a C., que é a outra enfermeira, nós fomos fazer supervisão fora daqui ... A J. foi nossa supervisora; então, a gente ia lá pro consultório dela discutir caso ... em cima daquele caso a J. discutia psicopatologia. Aí, eu fui gostando da coisa e fui entrando na clínica e fui gostando; aí depois eu fiz um curso de especialização em saúde mental e psicanálise... (Enfermeira CERSAM Betim Central).

O CERSAM, a saúde mental, a clínica da saúde mental exige muito essa coisa do trabalho em equipe. Então, essa é uma questão que se coloca pra gente a todo momento, porque isso tem ainda muitas, digamos que uma certa confusão acerca dessa questão do que é ser técnico de referência, e o que é ser, digamos o que é escutar o caso, o que é estar ali fazendo esse acompanhamento terapêutico do caso (Psicólogo CERSAM Betim Central).

Ao assinalarmos essa ênfase do CERSAM no atendimento individual prestado aos usuários do serviço, não queremos, evidentemente, dizer que ela é equivocada. Nossa intenção, ao chamarmos a atenção para esse aspecto, é apenas destacar o quanto essa forma de atendimento diverge, sobretudo quanto às bases teóricas, daquela praticada pelo CEREST e o quanto isso pode nos ajudar na compreensão da dificuldade de articulação entre esses serviços.

Quanto a este último, vimos que suas ações se pautam em perspectivas distintas daquelas observadas no CERSAM Betim Central, com estratégias quase sempre referenciadas ao que prescrevem as leis, portarias, etc. Nesse serviço, observamos que a legislação parece ser o principal instrumento utilizado pelos profissionais, não só para se fazer reconhecido no município, mas também para a própria organização do serviço.

No período em que participamos das reuniões do CEREST observamos, com muita frequência, o esforço dos profissionais em entender o que a legislação estabelecia como diretrizes para funcionamento dos serviços dessa natureza. Uma das “Rodas de Conversa”, por exemplo, foi integralmente destinada a discutir a

⁴⁵ É importante ressaltar que, embora seja comum associar-se a noção de clínica ao atendimento individual, e mais diretamente ligado ao consultório, há outras concepções que ampliam esse conceito, aplicando-o a “todo ser humano vivendo em uma situação determinada à qual se proponha a observar e compreender” (Favez-Boutonier *apud* Lima, 2011, p. 227). É nessa perspectiva, por exemplo, que podemos nos referir à noção de “clínicas do trabalho”.

“Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador” (PNSST) e o quanto essa política implicava a organização do serviço. Também em entrevista com a gerente é possível identificar várias referências feitas à legislação, permitindo-nos inferir o quanto esta é um importante instrumento na estruturação do serviço.

2005, teve outra portaria que ampliou as funções do CEREST... Isso tudo não garantiu a implantação no SUS não, tá? Em 2009, então, teve uma nova portaria, que é a 2728, em... acho que em novembro de 2009, reformulando as funções do CEREST. O CEREST parou... não tem mais atribuições; então a portaria não traz atribuições do CEREST; se vocês forem ver, as atribuições são da Secretaria Municipal de Saúde; porque o CEREST não é gestor da saúde do trabalhador; ele é o irradiador. Quem gerencia a saúde do trabalhador é o secretário municipal de saúde. Até 2009, o Cerest tinha muita autonomia, e com isso fazia com que a comunidade identificasse o serviço como se fosse um serviço privado, né? O Cerest não tava na rede efetivamente; a rede não conhecia ... (...) Então, a partir de 2009, houve essa reformulação de colocar a saúde do trabalhador no SUS, o cerest deixa de ter atribuições definidas em portarias... essas atribuições passam a sair da Secretaria Municipal de Saúde. (...) Juntamente com isso é definido um indicador para a saúde do trabalhador; é obrigatório hoje pactuar um indicador da saúde do trabalhador. desde 2009, saiu a portaria em novembro, em 2010; é o primeiro ano que todos os municípios do Brasil foram obrigados a pactuar um indicador, que é aumentar as notificações de doenças e acidentes do trabalho no SINAN (Gerente CEREST Betim).

No caso específico da psicologia, essa forma de pensar o funcionamento do serviço colocou algumas dificuldades iniciais, já que a não existência do cargo de psicólogo no CEREST Betim desde a sua fundação contribuiu para a falta de clareza na definição do papel desse profissional. Além disso, não são muitas as referências com que se pode contar, já que a atuação do psicólogo em CEREST é algo relativamente recente na profissão. A esse respeito, a própria psicóloga comenta que “agora aqui no Cerest tinha um complicador que nem o cargo existia, né?... Você está tendo que construir tudo isso, né?... a existência do serviço de psicologia no Cerest” (Psicóloga CEREST). Para tanto, a psicóloga se valeu, dentre outras referências, principalmente, das mesmas diretrizes que servem de orientação ao modelo de funcionamento do serviço como um todo, o que pressupõe uma integração dos diversos dispositivos do SUS entre si.

Assim, observamos, por um lado, o quanto o CEREST se encontra bem mais afinado com a proposta de uma rede integrada, dando passos consistentes nessa direção, como é possível observar, por exemplo, a partir da realização de um projeto de “qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde para a implementação de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica”, ao qual já nos referimos

anteriormente⁴⁶. Por outro lado, essa mesma estratégia de se pautar pela legislação parece trazer algumas dificuldades na efetivação de ações mais concretas que definam uma “identidade” própria ao serviço. Ao que parece, por serem relativamente recentes as leis que regulamentam e estabelecem as diretrizes para esse tipo de serviço, o CEREST Betim, ao tentar ajustar-se a essa legislação, fica constantemente em “estruturação”, à mercê do que estabelecem as leis, portarias, etc., sendo que estas nem sempre correspondem à realidade sobre a qual o serviço é chamado a atuar.

Evidentemente, também não queremos, com isso, apontar como um equívoco essa opção de se pautar pelas diretrizes estabelecidas pelas leis. O que queremos ressaltar é a dificuldade, no caso do CEREST Betim, de aliar a própria história do serviço ao que tem sido proposto pela legislação.

Se o argumento que justifica a opção por essa estratégia está no fato de que, com isso, aumenta a possibilidade de continuidade dos serviços (já que, apesar das mudanças de gestão, a lei garantiria a permanência dos projetos efetivados), vemos que não é isso o que acontece na prática. A mudança de gestão pode implicar, inclusive, a mudança do próprio modelo de serviço, como vimos acontecer recentemente com o CEREST Betim, que, contrariando a lógica de servir como polo irradiador da Saúde do Trabalhador no município e região, tem optado por voltar aos atendimentos feitos na própria unidade, com foco, se não exclusivo, quase integral na assistência.

Assim, se considerarmos os dois dispositivos que vimos analisando ao longo de nossas reflexões, CERSAM Betim Central e CEREST, vemos que eles partem de lógicas distintas para se organizarem, tanto interna, quanto externamente, ao se articularem com os demais dispositivos do SUS Betim. Apesar de não termos razões para supor que essas duas lógicas de funcionamento dos serviços sejam incompatíveis entre si (aliás, tendemos a ver muito mais uma complementariedade do que propriamente incompatibilidade entre elas), o que podemos observar é que ainda falta uma efetiva integração que permita alcançar, por meio de ambas as lógicas, um objetivo comum: atenção à saúde dos usuários dos serviços que dê

⁴⁶ Tal proposta se deveu à “importância da preparação dos profissionais da AB, especialmente, dos agentes, que possuem melhor acesso aos trabalhadores e às diferentes atividades produtivas desenvolvidas em seu território de atuação” (Silva (2009, p. 18). Uma das referências usadas para justificar essa ação em Betim foi a Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2003, que “Divulga o Pacto pela Saúde 2006”; isso, porque “a criação do Pacto pela Saúde 2006 traz consigo a proposta de reorganização do Sistema Único de Saúde por meio do reforço da AB, estabelecendo o seu papel de centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS” (Silva, 2009, p. 21).

conta dos problemas apresentados por eles, incluindo os casos envolvendo problemas de saúde mental relacionados ao trabalho.

É possível que, além das próprias especificidades do caso de Betim, essa forma de organização dos serviços já exista, desde os níveis mais elevados da hierarquia da estrutura administrativa na determinação das políticas públicas, até ao seu gerenciamento. Assim, nessa estruturação, podemos observar os elementos que apontam para lógicas que reforçam a separação entre os dois campos aqui analisados. Nessa mesma direção, Bernardo e Garbin, ao discutirem sobre a relação entre a Saúde Mental e Trabalho no Brasil, comentam que

o primeiro aspecto a ser destacado diz respeito ao gerenciamento dos serviços e das áreas programáticas. Deve-se lembrar de que, desde sua incorporação no sistema de saúde, tanto a Saúde Mental como a Saúde do Trabalhador tiveram coordenações distintas em todos os níveis do SUS (Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, especialmente de municípios de grande porte), estando ambas apartadas da gestão da atenção básica. Desse modo, as ações de cada uma dessas áreas se pautaram mais fortemente nas suas próprias necessidades e especificidades (Bernardo; Garbin, 2011, p.108).

O que observamos, no caso de Betim, é que, de fato, o caminho percorrido pelos serviços de cada uma dessas áreas tem obedecido a lógicas distintas, o que dificulta a sua integração, sendo tal movimento análogo ao que pode ser observado, de um modo geral, no país como um todo.

6.1.6 – Sobre outros fatores que reforçam o fosso

Não é demais assinalar que todas as dificuldades expostas são perpassadas por questões de natureza política, nas quais se verifica uma desconstrução e tentativa de reconstrução de propostas para os serviços de saúde de um modo geral, com mudanças constantes de projetos e modelos de atenção a cada mudança de gestão, conforme já tivemos a oportunidade de discutir quando da análise de um dos casos apresentados.

A esse respeito, uma das psicólogas do CERSAM Betim Central, ao avaliar o trabalho que vem desenvolvendo nesse serviço, esclarece que, quanto à articulação com os demais serviços,

ainda é muito pouco, né? Porque a gente tá, na verdade, de 2009 pra cá, tentando reconstruir tudo que foi destruído, sabe? A respeito de equipamento imobiliário, reconstruir a clínica, reconstruir o trabalho em equipe; porque as pessoas estavam aqui, mas não eram mais um coletivo, não era mais uma equipe, não tinha mais aquela mesma concepção, o mesmo propósito, né? Então, assim, até construir a equipe é uma coisa difícil. E a relação, isso [tanto] internamente aqui como lá fora, [que é] mais difícil ainda. Vamos resgatar também a relação com a UBS, com os casos que a referência é o Alcides Braz, e implantar, pensar em implantar a questão do matriciamento para favorecer essa articulação com a rede básica (Psicóloga CERSAM Betim Central).

Entretanto, a despeito dos esforços dos profissionais, as propostas de gestão nem sempre levam em consideração o próprio trabalho desenvolvido dentro dos serviços. Sobretudo quando há mudança de partido político na administração do município, os projetos que são associados ao partido anterior são completamente abandonados, com a criação de outros, sem que haja qualquer esforço no sentido de incorporar os avanços obtidos por aqueles que já vinham sendo desenvolvidos. Um dos profissionais do CERSAM Betim Central por nós entrevistado assinalou:

Infelizmente nós temos o campo da saúde hoje muito atropelado por interesses políticos né? Nós estamos atrelados a interesses políticos, quando deveríamos estar atrelados a interesses epidemiológicos (Psicólogo CERSAM Betim Central).

Nessa mesma direção caminha a análise feita por uma das assistentes sociais desse mesmo serviço:

Tem coisas, porque a gente não comunga das mesmas ideias num coletivo muito macro, e a gente está sempre esbarrando na política, de quatro em quatro anos, tem coisas que não avançam. Então, se perde um pouco dessa possibilidade de cuidar do sujeito como cidadão (Assistente social CERSAM Betim Central).

Assim, essa constante “renovação” das propostas de gestão acaba por dificultar a efetivação de projetos mais integradores, já que isso pressupõe, evidentemente, tempo para sua consolidação.

Outro fator comumente evocado para explicar as dificuldades encontradas no desenvolvimento de ações na área da saúde diz respeito à sobrecarga a que estão expostos os trabalhadores dos serviços públicos de saúde de um modo geral, associada à precariedade das condições de trabalho. Isso também nos ajuda a

compreender, em parte, os problemas na integração dos diversos dispositivos da saúde entre si.

Em nossa pesquisa, um dos psicólogos do CERSAM Betim Central comentou, ao se referir às instalações do serviço:

Carência eterna de recursos, essa coisa mal arrumada que sempre caracteriza a linha de frente de atenção ao usuário, não só da saúde mental, mas da saúde pública em geral. É mesa quebrada, é cama enferrujada, é “leito chão” [pacientes dormindo em colchões sobre o chão], essas coisas que nos deixam indignados, mas que, infelizmente, parece que se eterniza na saúde pública. É crônico, e me deixa muito chateado... (Psicólogo CERSAM Betim Central).

Essa precariedade se manifesta, também, no reduzido quadro de funcionários e na falta de capacitação dos profissionais. O mesmo psicólogo, ao discutir um dos casos por ele atendido, revelou, por exemplo, a dificuldade de se estabelecer um fluxo de atendimento que seja resolutivo e o quanto essa dificuldade acaba por obrigar o profissional do serviço de saúde mental a se responsabilizar sozinho pelo caso.

Porque ele veio de uma unidade de urgência; então, não tem como retornar um caso que é recebido da UAI. Lá não tem essa estratégia de referenciamento; nesse caso, eu teria que encaminhar esse sujeito para uma unidade básica, e aí existe um estrangulamento da saúde mental, ainda não tem essa rede funcionando de maneira dinâmica (Psicólogo CERSAM Betim Central).

Analisando o trabalho em alguns CAPS no Brasil, Ramminger e Brito (2008) também constataram que, diante da demanda que chega aos serviços de saúde mental, o profissional acaba tendo que lidar sozinho com os casos que atende, não podendo contar com o suporte de uma equipe que se encontra fragilizada, e, muitas vezes, nem mesmo com o auxílio de outros dispositivos, o que gera sobrecarga (Ramminger; Brito, 2008).

Assim, se o trabalho em um CERSAM já se mostra difícil, como já discutido anteriormente, “o trabalhador sente seu ofício como ainda mais solitário quando percebe as limitações não apenas dos serviços de saúde mental, mas, sobretudo, de outros equipamentos e ações de suporte social (...), gerando sentimentos de frustração e sobrecarga” (Ramminger; Brito, 2008, p. 45).

Quanto ao volume de trabalho no CERSAM Betim Central, uma das enfermeiras desse serviço informou:

Eu acho que o volume é muito grande; eu acho que o CERSAM está no limite, assim, por essa dificuldade com a atenção básica, não tem investimento em ambulatório de saúde mental fora daqui; então, o CERSAM fica inchado. A gente faz três trabalhos aqui: ambulatorial, de PD [permanência dia] com os pacientes que precisam de atendimento, que exige da gente observação e avaliação na permanência dia [e permanência noite] (Enfermeira CERSAM Betim Central).

Essa mesma profissional, ao falar sobre alguns dos principais problemas enfrentados no serviço, apontou o quanto a sobrecarga de trabalho tem comprometido a qualidade do serviço prestado:

Então, pra mim essa sobrecarga é ruim, você acaba não trabalhando direito. O caso de saúde mental exige um investimento muito grande do técnico, porque não é só o sintoma, a doença. Tem todo um contexto que você tem que ir atrás, família, trabalho, como que essa pessoa procede socialmente. Porque a ideia é que essa pessoa fique aqui um tempo e saia e volte pra vida, né? Então, exige um investimento que a gente não consegue trabalhar bem o caso porque está sobrecarregado com outras coisas. Então, esse é um problema (Enfermeira CERSAM Betim Central).

Cavalcante e Lima (2013) constataram essa mesma dimensão do problema:

A precarização causa impacto tanto aos trabalhadores como aos serviços prestados e é uma barreira que impede o desenvolvimento do SUS, pois afeta a relação dos trabalhadores com o sistema, além de danificar a qualidade e o prosseguimento dos serviços essenciais ofertados (Cavalcante; Lima, 2013, p. 242).

Se esses problemas já são graves no interior do próprio campo da Saúde Mental, vemos que a situação se torna mais complexa quando pensamos na sua articulação com a Saúde do Trabalhador. Assim, Santos (2010), ao discutir sobre a inserção da atenção à saúde do trabalhador na rede pública, assinalou que, dentre outros problemas, ainda se verifica a existência de “indefinição e/ou duplicidade de atribuições, tanto no interior do SUS como entre as instituições governamentais; carência e despreparo dos recursos humanos para abordagem das questões de saúde dos trabalhadores; informações insuficientes, inacessíveis ou pouco ágeis” (Santos, 2010, p. 10). Apesar de tais problemas datarem de décadas passadas

(desde os anos 80, por exemplo), ainda hoje observamos que eles persistem no Brasil como um todo, não sendo o caso de Betim uma exceção.

No município estudado por nós, podemos observar que alguns dos esforços no sentido de assegurar a saúde dos trabalhadores, ou são insuficientes, ou são feitos de maneira desordenada, fazendo com que as ações acabem sendo pulverizadas. Um exemplo claro disso é a criação do Setor de Assistência ao Servidor, um dispositivo que parece funcionar, às vezes, em paralelo ao SUS, o que sugere uma duplicidade de funções, mas que, por carecer de clareza quanto às suas atribuições, faz com que o usuário dos serviços (nesse caso, servidores públicos municipais) não seja devidamente contemplado em suas demandas por saúde. Nesses casos em específico, os servidores peregrinam por serviços que, ora cumprem funções burocrático-administrativas, ora realizam serviços de saúde, mas sem ter projetos claramente definidos para lidar com os problemas que chegam aos setores, como nos esclareceram uma assistente social e uma psicóloga do SAS por nós entrevistadas. Assim, ao se referir às atribuições desse serviço, por exemplo, a psicóloga avalia que:

Como eu vou pactuar com uma política de saúde do servidor, sendo que o SAS não tem uma atribuição clara? Hoje, nós fazemos tal, tal e tal coisa! Não sei até quando e se vai mudar... (...) Sabe o que eles pensam da gente? Que nós somos da saúde. Muita gente acha que nós somos da saúde. O próprio RH, que é o nosso ninho, não nos entende. Servidor não entende... (psicóloga SAS).

Do lado do CEREST, também há alguns fatores que têm dificultado sua articulação com a Saúde Mental, visando à consolidação da integração dos serviços de saúde, com vistas a lidar melhor com as questões relativas à saúde mental dos trabalhadores. No que diz respeito à falta de iniciativas que apontem para a intersectorialidade das ações desenvolvidas na área da saúde, Costa e outros (2013) assinalam que, a partir de um inventário realizado em 2010/2011, foram identificadas, no Brasil, dificuldades importantes, dentre as quais destacam:

Impedimentos burocráticos no uso e na gestão de recursos que implicam, muitas vezes, em sua liberação sem que possam ser utilizados de forma adequada; desafios na formação de profissionais em ST, visto ainda serem esparsos os esforços de formação deste tipo de profissional, apesar de seu crescimento nos últimos anos; falta de parâmetros epidemiológicos, populacionais e de perfis produtivos na distribuição de recursos (Costa et al, 2013, p. 13).

Embora parte desses problemas tenha sido combatida pelo CEREST Betim, o serviço ainda esbarra em dificuldades de se inserir na rede SUS, sobretudo quando a questão envolve a saúde mental dos trabalhadores.

Tomemos, como foco dessa discussão, o serviço de psicologia implantado nesse centro. A partir da exposição que fizemos sobre a criação desse serviço, o que podemos constatar é que, ao longo do seu desenvolvimento, muitas das ações, ainda que se sustentem em perspectivas teóricas compatíveis com aquelas adotadas pelo CEREST como um todo, ainda se baseiam em tentativas e erros.

Dessa forma, uma das dificuldades encontradas na integração com a Saúde Mental, por exemplo, diz respeito às estratégias desenvolvidas pelo CEREST Betim quanto ao matriciamento, às notificações e às vigilâncias envolvendo problemas de saúde mental. Quando uma das psicólogas do serviço falou sobre essas ações, observamos que elas ainda estão num plano abstrato, como desafios que precisam ser superados, mas que ainda não se efetivaram na prática. Assim, ao se referir a essa questão, ela reconheceu:

Pela proposta da política de saúde do trabalhador, o CEREST deve envolver o matriciamento na atenção básica e também na especializada, o que é um desafio maior (...) Eu já fui nas três que já começou o trabalho, mas tem essas outras três; mas paralelamente a isso tem esse trabalho com o CERSAM, que seria encontros periódicos para discussão dos casos (Psicóloga CEREST).

Ao falar das notificações, essa mesma psicóloga argumentou que

a estratégia desse ano vai ser [a psicologia do CEREST] ficar responsável em fazer as reuniões com os serviços de saúde mental durante esse ano todo, de abril a novembro, até esse assunto da vigilância epidemiológica ser comum pra eles, ser natural; em 2014 eles começarem a participar do fluxo da rede toda, pra gente vê se consegue que os CERSAM's notifiquem os casos (Psicóloga CEREST).

E quanto à vigilância, ela assinalou que

o desafio na parte da vigilância, eu entendo que, e o que a gente se disponibilizou pra junto com a vigilância em saúde do trabalhador, que está dentro da sanitária, [é] criar formas pra fazer essa vigilância nos casos de saúde mental. Até o momento o que acontece é que eu tenho feito solicitações pra vigilância, e na maioria dos casos eles têm me devolvido os casos dizendo: não há o que fazer (Psicóloga CEREST).

Entendemos, portanto, que o serviço de psicologia do CEREST Betim parece se dar conta da necessidade de ir além da assistência aos casos que chegam ao serviço. Como sugerem Leão e Vasconcelos,

as estratégias de implementação de políticas públicas, como a Renast, por exemplo, devem se pautar em "ações de inteligência da gestão, no sentido de aprimorar as ações assistenciais, sim, mas também encontrar soluções para outras questões como normatização, informação, ensino, pesquisa, relações sociais e intersetoriais, definição de novas políticas" (*apud* Leão; Vasconcelos, 2011, p. 97).

Apesar da constatação da importância de ampliar a atuação do serviço, e embora haja uma compreensão quanto ao papel da psicologia do CEREST e sua articulação com a Saúde Mental, isso nem sempre tem se refletido em ações mais concretas na efetivação de uma rede integrada para lidar com os problemas de saúde mental dos trabalhadores, em Betim. Nesse sentido, consideramos válidas as considerações de Bernardo e Garbin, ao apontarem que

ainda existem muitos obstáculos que devem e podem ser superados para a atenção adequada à saúde mental relacionada ao trabalho no âmbito do SUS. Mas, se há dificuldades específicas de cada uma das duas áreas, os problemas que envolvem ambas estão ainda mais longe de uma atenção, se não plena, pelo menos aceitável (Bernardo; Garbin, 2011, p. 108).

O que podemos concluir, portanto, é que há uma grande diversidade de fatores que têm dificultado, em Betim, a integração entre os serviços de Saúde Mental e aqueles ligados à Saúde do Trabalhador, de tal maneira que são muitos os obstáculos a serem enfrentados para que esses serviços funcionem em rede e contemplem devidamente os problemas de saúde apresentados pelos trabalhadores. Entretanto, podemos já vislumbrar, nesse mesmo município, algumas iniciativas que apontam na direção de uma maior efetividade dos serviços. Propomos a discutir esses aspectos no próximo item, assinalando o modo pelo qual a inclusão da categoria trabalho como dimensão importante em ambos os serviços poderia permitir avanços no tratamento dado aos usuários da saúde, sobretudo quando os problemas envolvidos estão relacionados à saúde mental e trabalho.

6.2 – A importância da categoria trabalho na superação do “fosso” entre SM e ST no SUS Betim

Se, por um lado, podemos encontrar, em Betim, várias dificuldades na construção de uma rede de saúde integrada, na qual serviços de Saúde Mental e de Saúde do Trabalhador se encontrem articulados, por outro, é possível observar que muitas iniciativas adotadas por profissionais desses serviços já apontam para possibilidades da superação do fosso existente entre eles. No nosso entender, podemos pensar no trabalho como uma categoria suscetível de facilitar essa aproximação.

Conforme procuramos demonstrar, seja como elemento importante no tratamento dos problemas de saúde mental, seja como fator fundamental na compreensão de certas formas de adoecimento mental, o trabalho comparece como uma categoria transversal e importante na condução dos casos que analisamos.

Nos casos atendidos pelo CERSAM Betim Central, por exemplo, verificamos que a origem dos distúrbios apresentados pelos usuários parecia ter pouca ou nenhuma relação com o trabalho. Entretanto, a articulação com os demais dispositivos foi buscada a partir do momento em que a equipe percebeu que o trabalho, ou era um elemento necessário para condicionar a adesão ao tratamento, como no caso de G, ou era um recurso importante para a melhora do quadro, como é possível observar no caso de R. No primeiro, vemos o quanto o trabalho parecia ser o principal meio de acesso a G, que só se dispunha a receber os profissionais da saúde quando o assunto envolvia o seu emprego na prefeitura. Quanto ao caso de R, ainda que não tenhamos clareza sobre a importância do trabalho na manutenção do seu equilíbrio psíquico, o simples fato de essa hipótese ter sido considerada pela equipe do CERSAM Betim Central já foi suficiente para que seus membros sentissem a necessidade de se aproximar do CEREST.

Já com relação aos casos atendidos pelo serviço de psicologia do CEREST, ficou mais evidente que são problemas de saúde mental relacionados ao trabalho, o que nos permite compreendê-los na perspectiva da psicopatologia do trabalho. Tanto L quanto C apresentaram distúrbios cuja gênese pode ser vinculada a aspectos ligados às suas atividades laborais. Para tratar desses casos, vimos que foi fundamental que o acolhimento feito pela Atenção Básica fosse realizado por um

profissional apto a estabelecer diagnósticos nos quais a categoria trabalho fosse levada em conta como elemento importante na compreensão dos distúrbios. Somente assim foi possível identificar o tipo de encaminhamento a ser dado. Dessa forma, nos atendimentos iniciais prestados a L e C foi possível perceber que esses só chegaram ao CEREST porque houve, por parte dos profissionais da rede, um conhecimento suficiente para suspeitar de uma possível relação entre trabalho e adoecimento mental.

Tudo isso sugere que, ao se levar em consideração o trabalho na compreensão do caso, ocorre uma maior articulação entre os dispositivos da rede de saúde.

No entanto, não queremos reduzir a complexidade do fenômeno a esse aspecto. Ou seja, não podemos deduzir, a partir disso, que os problemas da falta de articulação entre os serviços se devem exclusivamente à desconsideração do trabalho como categoria importante. Aliás, vimos, no item anterior, que várias são as causas que explicam essa dificuldade de articulação entre os dispositivos do SUS Betim. Observamos, contudo, que a desconsideração do trabalho como categoria importante permite compreender alguns dos problemas enfrentados pelos profissionais na condução dos casos, bem como na integração dos serviços entre si. Nossos achados nos permitem, portanto, levantar a hipótese de que, se a categoria trabalho for levada em consideração na análise dos casos de comprometimento da saúde mental (seja no acolhimento, no diagnóstico ou na condução do tratamento), é possível que haja uma melhor articulação dos serviços, permitindo desfechos mais satisfatórios dos atendimentos prestados aos trabalhadores, usuários do SUS.

Resta-nos aprofundar na compreensão dos problemas de articulação dos serviços, decorrentes da desconsideração do trabalho, e, contrariamente, como a sua inclusão como categoria importante pode ajudar na solução desses problemas.

6.2.1 – Trabalho como fonte de saúde: um elemento comum à SM e ST?

Começemos essa discussão analisando os casos G e R. No primeiro deles, é possível perceber que, além da aposta de mantê-lo trabalhando com vistas a assegurar seu acompanhamento, há, ainda, a expectativa de que G pudesse

melhorar seu quadro devido ao trabalho. A esse respeito, uma das falas da assistente social do CERSAM Betim Central é significativa:

Um dos motivos que me levava a tentar sustentar que ele não aposentasse, que ele não encerrasse o assunto via aposentadoria, seria justamente a chance dele retroceder nessa psicose, no sentido dele dar conta de não ficar tão invadido por esse adoecimento dele (Assistente social CERSAM Betim Central).

É possível perceber o quanto o trabalho é considerado como um importante fator no tratamento de G pela assistente social em questão. De fato, se considerarmos que o trabalho possui “propriedades terapêuticas”, como tivemos a oportunidade de discutir, faz sentido essa hipótese de que a manutenção de G na sua atividade profissional favorecesse a melhora de seu quadro. Essa aposta parece-nos razoável quando consideramos, conforme já dito, que o trabalho implica o estabelecimento de vínculos com outras pessoas, coloca, como necessidade, que o indivíduo “abra mão” de suas preocupações pessoais e engaje-se em uma atividade que o sobreocupa (Clot, 2006). Em outros termos, ao trabalhar, o indivíduo se vê obrigado a entrar num circuito de relações impostas pela própria atividade laboral (Clot, 2006). Nesse sentido, concordamos com a assistente social em que a aposentadoria parece não ter sido a melhor solução para o caso de G, visto ser o seu trabalho aquilo que o impedia de isolar-se totalmente. No nosso entender, essa iniciativa de aposentá-lo colocou em risco sua saúde mental, por confiná-lo no seu “mundo mórbido”, promovendo uma ruptura do seu vínculo com as pessoas, inclusive aquelas responsáveis por seu tratamento.

Parece ser essa mesma perspectiva a que serve de orientação para que os profissionais responsáveis pelo caso R busquem uma ocupação para ele. De fato, não podemos descartar a ideia de que o trabalho representa, para R, uma possibilidade de uma melhor organização do seu tempo, servindo, igualmente, como meio de manter sua “mente ocupada”, como ele mesmo admitiu. Chegamos a mencionar, também, o fato de ser importante para ele que essa atividade fosse remunerada adequadamente, mesmo porque a questão do ganho financeiro decorrente da atividade e compatível com ela era de fundamental importância para esse paciente. Assim, não é por acaso que a equipe que o acompanha tem investido na possibilidade de lhe proporcionar uma outra atividade profissional.

Além disso, é nesse contexto que entendemos a intenção da equipe do CERSAM Betim Central em pensar na possibilidade de encaminhar R para o “Centro de Convivência” (“Estação dos Sonhos”), um dos dispositivos da Saúde Mental que se destina aos usuários do serviço.

Aqui, já percebemos como o fato de se levar em consideração o trabalho implica a incorporação de um dispositivo do SUS, o Centro de Convivência, pressupondo, portanto, uma maior integração entre diferentes unidades, embora ainda restrita ao âmbito da “rede” de Saúde Mental. Mas o que queremos ressaltar é que, no caso de R, essa iniciativa de articulação só fez sentido a partir do momento em que se considerou a importância do trabalho na vida desse paciente, podendo trazer-lhe benefícios terapêuticos.

Podemos pensar, ademais, que essa dimensão terapêutica do trabalho seria uma das pontes que permitem ligar o CERSAM e o CEREST, por ser uma perspectiva comum aos dois serviços. Ou seja, falar das possibilidades do trabalho como aspecto importante para a saúde mental é uma linguagem comum, tanto para os profissionais do CERSAM, como para os do CEREST, sendo que estes já têm como preocupação a reabilitação e reinserção dos usuários no mercado de trabalho e aqueles reconhecem a dimensão positiva da atividade laboral, vendo-a como uma fonte de saúde mental. Isso poderia, por consequência, possibilitar um maior diálogo entre esses serviços e, quiçá, uma maior aproximação através do desenvolvimento de projetos comuns.

É nesse sentido que pensamos que a inclusão do CEREST na relação dos dispositivos envolvidos no caso de G, por exemplo, poderia ter auxiliado no propósito de reforçar e fortalecer os argumentos contrários à sua aposentadoria naquele momento. É também nessa perspectiva que vemos como promissora a aproximação que o CERSAM fez desse serviço para pensar o caso de R, já que os profissionais do CEREST poderiam auxiliar na problematização do seu caso, propondo estratégias mais eficazes para a sua reinserção social, com propostas de trabalho mais condizentes com a sua condição.

Para além desses dois casos em específico, chegamos a observar em alguns momentos, durante o período em que participamos das reuniões de equipe, alguns profissionais do CERSAM Betim Central se desgastando na busca de entidades parceiras que pudessem acolher os usuários do serviço, dando-lhes oportunidade de trabalho, parecendo ignorar que o CEREST já vinha desenvolvendo um programa de

reabilitação e reinserção ao trabalho, como dito acima. Também da parte do CEREST parece haver desconhecimento desse tipo de demanda provinda do CERSAM e mesmo das iniciativas de reinserção dos usuários da Saúde Mental, algumas delas incluindo o trabalho, como as atividades desenvolvidas no Centro de Convivência, por exemplo. Não seria o caso de conjugar os esforços empreendidos pelos dois dispositivos, com vistas a uma melhor solução dos casos? Mas, para que isso ocorresse, seria necessário, pelo menos, um conhecimento mútuo mínimo a respeito das atribuições de cada um desses serviços.

Convém assinalar, contudo, que essas iniciativas acima discutidas tocam apenas um aspecto da questão: o trabalho como fonte de saúde. Devemos levar em consideração, também, o seu revés, isto é, os aspectos relacionados ao adoecimento pelo trabalho.

Vimos que os profissionais do CERSAM percebem a importância do trabalho na vida dos usuários apenas por seus efeitos terapêuticos, podendo se constituir em um importante elemento, seja no tratamento, seja na manutenção do equilíbrio psíquico desses usuários. Quando se trata de pensar no seu potencial patogênico, quase nunca isso é colocado como uma possibilidade. Tivemos dificuldades, por exemplo, de identificar casos de adoecimento mental nos quais os profissionais do CERSAM percebessem a contribuição do trabalho em sua gênese. Não por acaso, os dois casos do CERSAM que fazem parte de nossa pesquisa se enquadram na perspectiva que pressupõe o trabalho como fonte de saúde. Não haveria, no CERSAM Betim Central, casos de adoecimento mental que poderiam ter o trabalho como elemento importante? E, nesse caso, qual o melhor encaminhamento a ser dado a eles?

Um fato curioso é que, quando fomos apresentados à equipe do CERSAM Betim Central e explicamos os objetivos da nossa pesquisa, alguns profissionais perguntaram se nossa intenção era entender o adoecimento mental dos trabalhadores daquela unidade. Tal fato sugere que esses profissionais parecem admitir a possibilidade de que o trabalho possa ser fonte de adoecimento, mas apenas quando isso se refere a eles próprios. A esse respeito, um deles destacou:

Eu queria começar dizendo da minha saúde mental no trabalho. Teve uma época, no CERSAM, que eu adoeci muito, por conta do trabalho. E aí, assim, eu tava numa velocidade muito grande, no trabalho, e como Freud fala, “o homem tem que amar e trabalhar”, nessa ordem... Ele adverte o ser humano, né? Nessa ordem: “ame e trabalhe”. Em vários momentos, a gente inverte. E eu inverti muito. Aí, além de questões afetivas de outro nível, eu

tava embolando tudo: trabalho, com amor, com não sei o quê, uma coisa... E foi uma... doença. Aí, eu fui pro SESMT pegar uma licença, e o psiquiatra do SESMT falou assim pra mim: “Você tem que ficar 30 dias sem ir lá no CERSAM” (psiquiatra CERSAM Betim Central).

Porém, quando se trata dos usuários que chegam ao serviço, essa relação parece ficar menos evidente, sugerindo que a perspectiva teórica adotada por eles, isto é, aquela oferecida pela psicanálise, impede uma maior problematização desse aspecto da questão, conforme vimos anteriormente.

Uma melhor articulação entre os dois serviços permitiria um tratamento mais adequado da questão, uma vez que a compreensão do papel patogênico do trabalho faz parte do cotidiano do CEREST, sendo os transtornos mentais um dos focos mais importantes tratados pelo serviço de psicologia desse centro. Para que a integração entre esses serviços possa avançar, há dois obstáculos a serem superados: de um lado, há a necessidade de um maior conhecimento de ambos os serviços a respeito de suas atribuições; por outro lado, a necessidade de melhor articulação entre suas práticas e as bases teóricas que as fundamentam. Nesse caso, a problematização a respeito da importância da categoria trabalho na determinação do processo saúde-doença surge como algo inevitável.

6.2.2 – Necessidade de problematizar a noção de trabalho

Conforme já tivemos a oportunidade de discutir, a falta de clareza dos profissionais da Saúde Mental sobre as funções do CEREST tem dificultado sua identificação como um parceiro na condução dos casos, o que aparece com mais clareza em pelo menos uma das situações expostas anteriormente. Na ocasião, assinalamos que, a despeito dos esforços da gerente do CEREST em fazer com que esse serviço seja conhecido pela rede de saúde, em se tratando da Saúde Mental, especificamente, a divulgação daquele dispositivo só passou a acontecer, efetivamente, a partir da entrada da psicóloga no serviço. Com isso, durante muito tempo, houve (e ainda há) dificuldades por parte dos profissionais da “rede” de Saúde Mental, principalmente no caso dos CERSAM, em compreender o verdadeiro papel do CEREST no SUS. Também observamos uma dificuldade de aproximação

dos profissionais do CEREST em relação aos do CERSAM, o que se explica, em parte, pela “cristalização” da imagem de que tal dispositivo trata do paciente desconsiderando algumas dimensões importantes de sua vida, como o trabalho, por exemplo. Mais do que isso, a própria visão que alguns funcionários do CEREST tinham a respeito da área da saúde mental como um todo reforça a ideia equivocada de que aqueles que lidam com os problemas psíquicos não conseguiriam ir além da consideração das questões estritamente individuais, conforme discutimos anteriormente, quando falamos da “resistência” inicial de alguns desses profissionais quanto à entrada de uma psicóloga nesse serviço.

Assim, a aproximação entre dois dispositivos pressupõe, não apenas um conhecimento recíproco das práticas realizadas por seus profissionais, mas também a revisão das correntes teóricas que lhes servem de base e, no nosso caso específico, da noção de trabalho subjacente a essas correntes teóricas. Tal empreitada se mostra necessária, para evitar o risco de que, na tentativa de articulação entre os profissionais desses dispositivos, haja uma espécie de “diálogo entre surdos”, durante o qual os serviços aparentemente “conversam entre si”, mas sem haver uma linguagem comum que permita a compreensão mútua do que se está discutindo. Não temos a pretensão de resolver os impasses decorrentes das divergências teóricas entre os profissionais desses serviços. O que propomos aqui é que o trabalho seja devidamente problematizado enquanto categoria comum aos dois serviços, já que, sobretudo entre alguns profissionais da Saúde Mental, não parece estar claro seu lugar na compreensão do processo saúde-doença e, no caso dos profissionais do CEREST, parece haver uma ênfase maior nas dimensões coletivas, conduzindo à negligência dos aspectos singulares presentes nesse processo.

Já vimos que os profissionais do CERSAM parecem não ter dificuldade em reconhecer os efeitos terapêuticos do trabalho. A própria criação de um dispositivo destinado prioritariamente aos usuários da Saúde Mental, como o Centro de Convivência, revela como essa dimensão está presente nesse serviço, pois pressupõe que as atividades ali desenvolvidas podem auxiliar na evolução de alguns casos. Entretanto, a noção de trabalho que sustenta essas práticas não parece ser a mesma que serve de base para as ações voltadas para a saúde do trabalhador, conforme vemos nos CEREST em geral.

O Centro de Convivência de Betim, denominado “Estação dos Sonhos”, funciona desde 2001 e, como assinala Silva (2007), “trabalha com eixos temáticos que envolvem oficinas, atividades coletivas e outros projetos nas áreas de arte-cultura-lazer, cotidiano (oficinas de atividades diversas para usuários mais comprometidos, com reduzido grau de autonomia), geração de trabalho e renda, comunicação, política, educação, ensino-pesquisa” (Silva, 2007, p. 96-7).

Um dos precursores e responsável pela implantação do Centro de Convivência em Betim diz ter iniciado as atividades nesse serviço com oficinas de cerâmica e, em seguida, com oficinas de mosaico. Em sua concepção,

as oficinas têm essa função, dentro de um serviço... a oficina no CERSAM é um dispositivo clínico, ela tem um fim terapêutico. O Centro de Convivência tem essa função da socialização, da convivência (Psicólogo Centro de Convivência)⁴⁷

As modalidades de oficinas realizadas hoje pelo serviço incluem fabricação de bijuterias, mosaico, flores, culinária, horta, práticas de esporte, além de atividades coletivas.

O usuário pode trabalhar em duas oficinas e mais uma atividade coletiva; não é só oficina não. (...) [o usuário é convidado a participar de] atividades coletivas, que são Assembleia dos Usuários, Lian Gong, cinema... (Psicólogo Centro de Convivência).

Dada a sua experiência no Centro de Convivência “Estação dos Sonhos”, Silva (2007) assinala alguns aspectos contemplados pelas oficinas, sendo um deles a “dimensão do trabalho/geração de renda”. Ao se referir a alguns depoimentos dos usuários, o autor conclui que essa dimensão “diz-nos de uma aposta no trabalho, da necessidade de um aprendizado, uma técnica, para criar produtos que possam vir a ser comercializados. Uma possível inserção em geração de trabalho e renda tendo como ponto de partida a oficina” (Silva, 2007, p. 116-7).

Ao lado das oficinas que têm esse caráter de geração de renda, há outras que, no entender de Silva (2007), contemplam outras dimensões. Ao se referir, por exemplo, a uma delas que funciona desde a criação do serviço, Silva assinala que

⁴⁷ Parte das discussões feitas sobre esse serviço foi obtida por meio de entrevista com o profissional que o implementou no município. Esse mesmo profissional publicou sua experiência em um artigo que tem, como título, “Oficinas em saúde mental: possibilidades de estabilização e inserção social” (Silva, 2007), que também serviu de base para nossas discussões.

ela “não é de produção, para concorrer no mercado ou em série. A prioridade é dada ao processo, à expressão, à criação, ao estilo, à facilitação do laço social. É facultado ao usuário desta oficina fazer algum produto para vender” (Silva, 2007, p. 112).

Não há como negar que as atividades do Centro de Convivência sinalizam propostas eficazes no tratamento de alguns usuários do serviço. O próprio autor destaca os benefícios que as oficinas trazem aos pacientes, como “os efeitos terapêuticos, que refletem nas relações dos usuários no serviço, com a família, socialmente, tais que são facilmente percebidos por quem os acompanha, em sua diferença de organização, comunicação, socialização, integração com outros usuários, técnicos e familiares” (Silva, 2007, p. 97). Ao buscar os elementos teóricos que permitam explicar as possibilidades de êxito dessas estratégias, sobretudo no caso de sujeitos psicóticos, Silva (2007) recorre à noção de *transferência*, tal como proposto pela psicanálise, argumentando que, “através de laços transferenciais, seja com a instituição – local de tratamento – ou com o trabalhador” (p. 103), os usuários do serviço podem melhorar do seu quadro psicopatológico.

Não estamos, evidentemente, questionando os resultados alcançados por essas diferentes oficinas desenvolvidas pelo Centro de Convivência Estação dos Sonhos. O que observamos, contudo, é que uma falta de problematização acerca das especificidades da categoria trabalho e sua importância no tratamento dos usuários do serviço parece comprometer o alcance das explicações propostas pelo autor.

Queremos insistir na ideia de que, se levarmos em consideração as discussões das diferentes propostas ergoterapêuticas desenvolvidas, sobretudo pelos franceses, é possível perceber o potencial terapêutico que iniciativas, como a da Estação dos Sonhos, por exemplo, podem conter⁴⁸. Cabem, aqui, algumas considerações. Entendemos que, mais do que endereçamento das atividades devido a *laços transferenciais*, o trabalho pode ter efeitos terapêuticos por diferentes razões. Conforme tivemos a oportunidade de discutir na primeira parte desta tese, o fato de ser uma “atividade forçada”, “estranha” aos homens e “regulada a partir do

⁴⁸ Frise-se que essas iniciativas parecem guardar várias semelhanças com aquelas desenvolvidas por Tosquelles, em Saint Alban, quando propunha uma “psicoterapia institucional”. Como assinala Lima (2011), “esta consistia em ‘cuidar da instituição’ para poder cuidar dos pacientes e, ao atuar sobre a ‘criação mórbida’ por meio da oferta de atividades aos pacientes, propondo uma psiquiatria ‘o mais ativa possível’, ele se viu obrigado a refletir sobre o sentido da ação” (Lima, 2011, p. 234).

exterior” faz com que o trabalho “convoque” o indivíduo a engajar-se em um projeto que vai além de suas preocupações e necessidades mais imediatas e, por meio desse processo, assegura sua subsistência e seu sentimento de utilidade. É por seu intermédio que o homem deixa sua marca no mundo e participa de um projeto comum. Nisso reside, como já ressaltamos, a “função psicológica do trabalho” (Clot, 2006)⁴⁹.

Além desse aspecto, entendemos que, diante do reconhecimento, pelos profissionais do CERSAM, dos efeitos terapêuticos das atividades laborais, caberia, aqui, um questionamento importante: se o trabalho auxilia na recuperação da saúde mental de alguns usuários, não seria possível supor que ele também pode, em certas condições, constituir-se em importante elemento para o adoecimento? Incômodo semelhante parecia alimentar as pesquisas de alguns psiquiatras franceses dos anos 40 e 50 do século passado, dentre eles, Paul Sivadon (1993) que, partindo das suas experiências no hospital de Ville Evrard, utilizava-se da ergoterapia como principal recurso no tratamento dos pacientes psiquiátricos, mas, ao mesmo tempo, se indagava: “Sob certas condições o trabalho seria suscetível de provocar ou desencadear distúrbios mentais?” Ele esboçou uma resposta a essa questão ao assinalar que a distribuição das neuroses na população não era casual, havendo mais neuroses no meio urbano do que no meio rural, e mais no meio industrial do que no meio artesanal. Também já assinalamos como os estudos de Louis Le Guillant apontam para a existência de uma forte relação entre certas situações de trabalho e distúrbios mentais específicos. E como desconsiderar a ampla gama de estudos em Saúde Mental e Trabalho que expusemos na primeira parte desta tese? Entretanto, a despeito dessas evidências, parece ainda perdurar uma dificuldade de boa parte dos profissionais que atuam no campo da Saúde Mental reconhecer esse nexos, tal como pudemos observar em nossa pesquisa.

Assim, ao refletir sobre a relação entre trabalho e adoecimento mental, uma psicóloga do CERSAM Betim Central, por exemplo, chamou a atenção para as consequências que o adoecimento mental traz para o exercício profissional, interferindo na capacidade de trabalho do sujeito, sendo que a relação inversa, ou

⁴⁹ Nesse sentido, vemos que as propostas de Le Guillant (2006) de se aproximar as atividades encontradas nesse tipo de serviço à realidade de trabalho presente na sociedade apontam para uma efetividade maior no tratamento de alguns pacientes. No caso de R, por exemplo, essa direção parecia ser a mais adequada, devido ao lugar que o trabalho ocupa em sua vida, considerando, inclusive, a forma de remuneração.

seja, o trabalho determinando o adoecimento, não é sequer pensada como possibilidade. Como ela mesma disse:

O que eu percebo, de alguns casos, que antes tinham toda uma trajetória de trabalho e que alguns deles começam, quando entram numa crise, eles começam a perder essa possibilidade em relação ao trabalho (...) O próprio paciente não consegue estabelecer uma forma de trabalho como era antes (psicóloga CERSAM Betim Central).

Ainda quando se pensa nos efeitos negativos que a atividade laboral possa trazer à saúde mental, isso é avaliado, no máximo, como uma interferência no tratamento; ou seja, por exigências impostas pelo trabalho, o usuário acaba abandonando o tratamento, o que implicaria novas crises.

Vários casos de pacientes que, na tentativa de retorno ao trabalho, por uma pressão social, ou uma pressão dele mesmo querer se sentir produtivo, ou do familiar, ele retorna e isso é motivo de reiteradas crises. Porque, com a grande maioria deles, o que acontece? Infelizmente, a gente tem acesso a medicações que são ruins, comparado com o que a gente tem hoje no mercado de medicação. Então, são medicamente que, se o paciente tomar direitinho, ele vai ter limitações concretas; tem gente que usa, aí, Haldol e trava mesmo; não tem jeito. E ele não vai dar conta de produzir. Então, a grande maioria dos pacientes, o quê que faz? Pra voltar a trabalhar, ele não toma o remédio. E, aí, você tem pressão no trabalho menos medicação é igual a crise em quase cem por cento (...) Então, eles param com a medicação para dar conta de trabalhar (psiquiatra CERSAM Betim Central).

Conforme já discutimos anteriormente, o que vemos predominar entre esses profissionais é uma visão unilateral do trabalho, onde se ressalta apenas o seu aspecto positivo, não havendo uma problematização acerca dos seus efeitos deletérios, aspecto que os profissionais do CEREST parecem não apresentar dificuldades em reconhecer. A esse respeito, alguns trabalhadores desse serviço assinalaram:

Eu sempre achei e continuo achando que o trabalho é vida, é saúde, é necessário, é realização, mas que o trabalho também adocece, que o trabalho também mata, e a gente, Saúde do trabalhador, tem que pensar nessas coisas (Assistente social CEREST).

Mas eu sempre notei que o trabalho realmente adoecia e, assim, em minha escuta, ficava angustiada (...) E eu escutava e pensava: "meu deus! o que é que eu vou fazer com esse paciente"? (Enfermeira CEREST).

Assim, acreditamos que uma ampliação das discussões em torno da psicopatologia do trabalho poderia permitir uma mudança nessa visão quanto ao

lugar do trabalho no adoecimento mental dos trabalhadores/usuários. Nesse sentido, há a necessidade de se voltar o olhar para a atividade laboral em toda a sua amplitude, considerando-a tanto em sua positividade, como também nos seus aspectos negativos, em que se destacam elementos, como a exploração, a alienação, a intensificação, a pressão dentre outros, próprios às formas de trabalho estranhado. A incorporação dessa dimensão na visão que os profissionais da Saúde Mental têm acerca do trabalho poderia ampliar as possibilidades de compreensão e, quiçá, de intervenção nesse campo. É também nesse sentido que vemos como promissora a aproximação entre o CEREST e o CERSAM Betim Central.

Não devemos nos esquecer de que um esforço por parte dos profissionais do CEREST também se faz necessário, no sentido de incorporarem as reflexões sobre os aspectos singulares na determinação do processo saúde/doença. Embora os casos que analisamos objetivassem, principalmente, descrever e analisar os fluxos de atendimento prestado aos usuários do serviço, há neles elementos que nos permitem constatar que não é possível compreender o adoecimento, e nem tampouco a melhora dos pacientes, sem levar em consideração aspectos ligados à história de vida de cada um deles, o que reforça a importância dessa dimensão.

Essa reflexão nos coloca diante de outro aspecto para o qual queremos chamar a atenção: a possibilidade da integração dos dois dispositivos a partir de suas lógicas de funcionamento. Conforme discutimos anteriormente, o CERSAM Betim Central baseia suas ações na perspectiva dos casos singulares, ao passo que o CEREST tem, como princípio de suas ações, a Saúde Coletiva. Já tivemos a oportunidade de assinalar que não vemos motivos para considerar essas duas lógicas como sendo mutuamente excludentes. Entretanto, falta um elemento aglutinador que sirva de amálgama entre essas duas perspectivas. Vemos que o trabalho pode representar esse elemento, se entendermos que, forçosamente, essa categoria é o elo, por excelência, entre o individual e o social.

Se levarmos em consideração que, nos casos de G e R, o que os profissionais da Saúde Mental buscam é um meio de mantê-los inseridos no contexto social, em especial, pela via da continuidade do exercício profissional, e se observarmos que, nos casos de L e C, há fortes indícios de que suas experiências de trabalho favoreceram seu adoecimento, não há como ignorar que estamos diante da constatação de que o trabalho faz a “ponte” entre o indivíduo e o seu meio, seja

determinando a possível melhora do seu quadro, seja influenciando no seu adoecimento.

Dessa forma, se o enfoque da SM é o singular -- partindo dos “casos clínicos” -- e o da ST é o coletivo -- em que se leva em consideração os determinantes sociais do adoecimento --, a integração desses dois dispositivos pode permitir um maior alcance na compreensão dos problemas de saúde mental dos usuários, caso o trabalho seja devidamente incorporado nessas práticas. Por isso afirmamos que, longe de serem excludentes, essas lógicas apontam para uma complementariedade entre si, desde que, evidentemente, as questões teóricas sejam tratadas de forma adequada⁵⁰.

6.2.3 – “Embríões” da articulação entre Saúde Mental e Saúde do Trabalhador

O foco de nossa discussão, até aqui, diz respeito ao quanto a consideração, por parte dos profissionais da saúde, a respeito do trabalho realizado pelos usuários pode permitir uma maior integração dos dispositivos entre si. Entretanto, se lançarmos um olhar para o próprio fazer desses profissionais, é possível vislumbrar sinais de criação de uma rede de saúde mais integrada e articulada. Embora essa discussão vá muito além da proposta desta tese, consideramos importante tecer algumas considerações a esse respeito. Nossa intenção, aqui, é destacar alguns elementos presentes na organização dos processos de trabalho dos serviços investigados e algumas das práticas desenvolvidas por esses trabalhadores, as quais parecem apontar na direção da superação do fosso entre SM e ST.

⁵⁰ Há que se considerar que, mesmo em se tratando de atendimentos individuais, não significa que a dimensão social esteja, necessariamente, ausente desse tipo de prática. Nesse sentido, Sève (1989), referindo-se à investigação das individualidades, ressalta que “uma abordagem das personalidades e biografias que pretenda ostentar algum rigor científico deve estabelecer inicialmente o que é esse sistema na formação social correspondente e aquilo que, para elas, resulta de suas estruturas, contradições, transformações concretas. Ela deve também - uma vez que cada personalidade constitui um ‘ponto de vista’ singular nesse sistema geral - esforçar-se por recuperar o mundo de vida especificamente pertinente que é o seu, os seus deslocamentos e mutações nas diferentes idades de sua vida, o campo de necessidade, a margem de contingência, o horizonte dos possíveis que estão abertos, ou fechados, em cada conjuntura (Sève, 1989, p. 159).

Analisemos, inicialmente, algumas das atividades realizadas pelos profissionais do CERSAM Betim Central e que parecem conter elementos que sinalizam para possibilidades de articulação com os demais serviços de saúde.

Do que já foi exposto em outros momentos desta tese, é possível observar que a ênfase do trabalho realizado nesse dispositivo recai sobre os casos. Desse modo, um recurso que surge como fundamental na sua condução é o “projeto terapêutico” que é definido para cada paciente. Esse aspecto é tão essencial ao serviço, que, em reunião organizada pelo gerente para discutir o trabalho no CERSAM Betim Central, grande parte do tempo foi destinada exclusivamente para avaliar como o “projeto terapêutico” tem sido realizado pelos profissionais da unidade. Na ocasião, algumas das questões que orientaram as reflexões foram:

Como o CERSAM Betim Central tem realizado os projetos terapêuticos e quem tem se responsabilizado por eles? (...) Quais os critérios e parâmetros para a construção dos projetos terapêuticos elaborados? (...) Quais os fatores existentes no CERSAM Betim Central que facilitam a elaboração dos projetos terapêuticos? E quais fatores que dificultam? (...) Com qual periodicidade os projetos terapêuticos são revisados? (...) Quais os recursos necessários ao tratamento são utilizados (terapia, oficina, visitas domiciliares, acompanhamento terapêutico, atividades em instituições externas ao CERSAM, reuniões com familiares, etc.)? Há um roteiro para a elaboração do projeto terapêutico individual? Qual tem sido a função do técnico de referência no CERSAM Betim Central? O que a rede de Betim oferece para o pós alta? Quais as principais instituições acionadas e como são acionadas?⁵¹

É possível identificar, a partir dessas questões, como essa forma de estruturar o atendimento se apresenta como o meio através do qual pode ser pensada a articulação com os demais serviços presentes no município, já que dele depende a condução do caso. Como nos esclarece o gerente:

Se for identificado ali, no primeiro atendimento, que aquele paciente precisa realmente ser medicado, ser inserido no projeto terapêutico do serviço, dentro de algum dispositivo do serviço, aí, ele é avaliado pelo psiquiatra e, se for o caso, entra com uma medicação na hora; aí, eles discutem juntos o que eles vão fazer (Gerente CERSAM Betim Central).

A esse respeito uma das assistentes sociais reforça que é, a partir do caso, que a articulação com os demais serviços deverá ser buscada:

Essa interação, ela está sempre associada ao caso a caso. Então, por exemplo, o [paciente] Z: o caso dele foi pra promotoria; aí, a gente vai fazer um relatório, vai discutir com a

⁵¹ Leitura do roteiro de perguntas para discussão, feita por um dos psiquiatras do CERSAM Betim Central.

promotora... às vezes se elege uma assistente social. Como aqui tem duas (...), então, elege uma das duas; então, a gente acaba fazendo as parcerias, ou com o CREAS da área de abrangência daquele paciente, ou com a promotora, ou com o setor que for, por causa do caso, né? (assistente social CERSAM Betim Central).

Também um dos psicólogos do serviço, ao ser indagado se o gerenciamento do caso implicava alguma atividade extramuros do CERSAM, relatou:

Implica. Em algumas discussões a gente precisa, por exemplo, participar de uma reunião (...) Às vezes, eu fui discutir um caso numa UBS, ou numa moradia, ou, às vezes, auxiliar assim, auxiliar a fazer um contato com algum órgão ou entidade aqui, que pode ter uma participação na rede de atenção, né? (Psicólogo CERSAM Betim Central).

Como alguns dos resultados obtidos dessa articulação, podemos citar, a título de exemplo, o que uma das enfermeiras assinalou, ao ser referir às parcerias que o CERSAM Betim Central tem estabelecido com os demais serviços:

[Sobre o Centro de Convivência] ele é um dispositivo da saúde mental; então, tem pacientes que aderem muito bem a essa coisa do trabalho, de fazer alguma atividade; ele fica ótimo... não é muito fácil não, porque tem o preconceito mesmo; mas, em alguns casos, a gente consegue. Tem paciente nosso no Salão do Encontro... então, tem paciente nosso lá (...)Mas a gente queria mais, sabe? poder ter mais (Enfermeira CERSAM Betim Central).

Há, ainda, outras iniciativas desenvolvidas no CERSAM Betim Central que possibilitam uma maior interação entre os profissionais desse dispositivo com aqueles ligados a outras unidades, favorecendo a articulação entre os diferentes serviços de saúde. A esse respeito, uma das psicólogas assinalou, por exemplo, que, mesmo diante das dificuldades, tem havido um esforço, por parte da Saúde Mental, de retomar projetos nos quais essa articulação era contemplada:

A gente tá, na verdade, de 2009 pra cá, tentando reconstruir tudo que foi destruído, sabe? A respeito de equipamento imobiliário; reconstruir a clínica; reconstruir o trabalho em equipe... Porque as pessoas estavam aqui, mas não eram mais um coletivo; não era mais uma equipe; não tinha mais aquela mesma concepção, o mesmo propósito, né? Então, assim, até construir a equipe é uma coisa difícil. E a relação, isso [tanto] internamente aqui, como lá fora, mais difícil ainda. Vamos resgatar também a relação com a UBS também, com os casos que a referência é o Alcides Braz, e implantar, pensar em implantar a questão do matriciamento para favorecer essa articulação com a rede básica (Psicóloga CERSAM Betim Central).

Essa profissional se refere, aqui, a uma proposta de trabalho que tem sido implementada na rede de saúde do município e que consiste na divisão da equipe

do CERSAM Betim Central em duplas, que se responsabilizam por acompanhar as ações desenvolvidas pelos trabalhadores da Atenção Básica. A esse respeito, uma das enfermeiras esclarece:

A lógica é essa: dupla da saúde mental é referência pra cinco bairros de Betim. Então, quando tem algum caso lá na atenção básica que eles querem discutir com a saúde mental, eles vão acionar essa dupla de referência (...) O técnico da saúde mental [da Atenção Básica] é que tem que acionar o CERSAM quando precisar de uma intervenção direta da equipe. Porque a gente acha que a articulação tem que ser feita com o pessoal da atenção básica primeiro, sabe? É a atenção básica que tem que puxar, porque senão a gente acaba fazendo sozinho. Então o CERSAM entra bem secundário, sabe? A atenção básica junto com os dois técnicos de saúde mental é que acionam o CERSAM na discussão de algum caso, pra gente não pegar o caso pra gente e a atenção básica sair fora (Enfermeira CERSAM Betim Central).

Quanto a esse projeto, uma das psicólogas nos descreveu a forma como ela tem trabalhado com vistas a implementá-lo:

Eu estou em uma equipe, que é referência, e está nessa situação do matriciamento para a região do Alterosas. Então, a gente começou com pouco tempo; fizemos três reuniões só, ... sentamos os profissionais de lá do território, da UBS (...) pra gente se conhecer, saber o que fazemos cada um de nós, conhecendo o território lá; em primeiro lugar, através delas, pra ver o que elas estão fazendo lá, ver as dificuldades e as facilidades, e ver o que é que nós temos aqui (...) em função dos pacientes que a gente atende e que trazem essas questões, às vezes familiares... Pra que a gente possa começar realmente a ter ações ... Então, a gente está começando com a região da Alterosas. Estou falando por mim, né? Tem outras equipes aí que estão em outros territórios ... fazendo outros trabalhos (Psicóloga CERSAM Betim Central).

Outra ação que apresenta grande potencial na articulação entre os dispositivos da rede de saúde como um todo é a Residência Multiprofissional em Saúde Mental, programa desenvolvido em parceria envolvendo a PUC Minas e a Secretaria de Saúde do município, sendo um dos seus coordenadores e principal articulador um dos psiquiatras do CERSAM Betim Central. Como nos esclarece o gerente desse serviço,

normalmente os residentes são um profissional da assistência social, um psicólogo, um terapeuta ocupacional e um enfermeiro. Só que aqui, hoje, a gente tem um terapeuta ocupacional e uma assistente social. Aí, o psicólogo e o enfermeiro estão em outras unidades; então, tem uma escala que eles vão circulando no serviço; alguns ficam um tempo aqui, depois vão pro Teresópolis, depois vão pro CERSAMI, depois vão pro Citrolândia. Eles rodam a rede de saúde mental, ambulatório também, né? PTB, Alcides Brás... Eles rodam a rede de saúde mental (Gerente CERSAM Betim Central).

Conforme podemos depreender da fala do gerente, a proposta do programa é formar os residentes já dentro da lógica da integralidade. Assim, a circulação pelos diversos dispositivos torna-se um meio de fazer com que esses profissionais conheçam a rede como um todo.

Em suma, consideramos que, no CERSAM Betim Central, há condições que podem favorecer o desenvolvimento de propostas de trabalho mais integradas aos demais dispositivos da rede de saúde, já que, nesse serviço, observamos uma lógica de funcionamento que propicia a inventividade, além da presença de profissionais engajados, interessados em discutir diferentes perspectivas no tratamento dos usuários, com abertura para outros saberes, a despeito de condições adversas, muitas delas precárias, como destacamos anteriormente.

No caso do CEREST, percebemos esses “embriões”, sobretudo, no serviço de psicologia que foi ali implantado. Nosso interesse por esse serviço ocorreu, sobretudo, após constatarmos que as questões de saúde mental dos trabalhadores só começaram a ser devidamente tratadas de maneira mais sistemática, na Saúde do Trabalhador em Betim, a partir da chegada de uma psicóloga a esse serviço.

Já tivemos a oportunidade de descrever como se deu a implantação desse setor no CEREST. Retomaremos, aqui, alguns aspectos dessa história, fazendo uma breve análise de como isso tem repercutido no interior desse dispositivo como um todo e como tem possibilitado a implementação de estratégias para a inserção da psicologia, com foco na Saúde Mental e Trabalho, na rede de saúde, de forma a permitir uma melhor articulação, sobretudo, entre a Saúde do Trabalhador e a Saúde Mental.

Assim, num primeiro momento, quando do início do funcionamento do CEREST, os profissionais que ali trabalhavam pareciam entender que um saber específico se fazia necessário para lidar com certos tipos de demanda, como aquelas ligadas ao sofrimento dos trabalhadores. A ausência de um profissional apto a lidar com esse tipo de problema fazia com que aqueles que ali estavam tivessem que atender aos usuários, mas sem se sentirem qualificados pra tal. Um dos médicos assinalou isso, dizendo:

Só que os problemas às vezes eram tão complexos, sempre foi aquela dor de uma lesão que você não enxerga, sem correspondência anatômica às vezes; você não sabe se o cara está tentando ter um ganho secundário entre aspas, né? simulando alguma coisa. E aquilo, as num grau de sofrimento (...) Mas a necessidade de qualificar esse tipo de coisa eu nunca tive certeza... é absolutamente intuitivo; e nesses pacientes, eu sei lá o que eu estou fazendo!

Dependendo do que eu falo com o cara, ele sai daqui doido, ele pula de um prédio; sei lá o que eu to fazendo! Existe técnica para isso? Que técnica que é essa então? Eu acho até que me dou bem; em função da experiência longa de médico, eu dou conta de sacar . Mas será que não existe uma maneira técnica de lidar com isso, que você saiba onde é que você vai chegar? (Médico CEREST).

Essa mesma constatação aparece na fala de uma das fonoaudiólogas do serviço:

E, às vezes, era até essa questão de queixas; na consulta, quando começava a perguntar sobre o ouvido, ele [paciente] falava: “Eu vou sair desse lugar; nesse lugar eu tô, tô ficando doido, tô ficando estressado”. Então, eu ouvia algumas queixas, assim, sabe? de saúde mental, mas sem poder nem ... porque meu lugar ali era só de fazer o exame, fazer o exame e passar para o médico, para o médico olhar (Fonoaudióloga CEREST).

Essa situação colocava, portanto, a necessidade de um serviço de psicologia dentro do CEREST, já que os esforços feitos pela equipe para lidar com os problemas que surgiam não eram suficientes para resolvê-los. Ao se referir aos atendimentos que realizava e que diziam respeito a possíveis distúrbios psíquicos, o médico comentou:

Então assim, essa era uma necessidade muito grande, é muita gente sofrendo, todo mundo com dor (...) o povo chegava ruim, como lidar com isso? (...) Como é que você vai mexer com isso? Sei lá como eu vou mexer com isso, que conduta que tem? que protocolo que existe? Não tem, não sei, não tenho a menor ideia do que vou fazer nesse caso, onde que eu começo, que tipo de abordagem eu vou dar? (...) E também a gente tinha muito pouco, das condições de adoecimento mental no trabalho, muita pouca coisa escrita, você pega livros daquela época, você vai procurar adoecimento mental, é ridículo os capítulos que tem de adoecimento mental e trabalho, e olha que a gente lia, né? o Dejours e todas essas coisas, tinha a Loucura do Trabalho, essa coisa toda (Médico do CEREST).

A essa época, ou seja, no início do funcionamento do serviço, a forma de lidar com esses problemas era encaminhando o paciente para algum dispositivo da rede, onde pudesse haver algum profissional supostamente apto a lidar com esse tipo de demanda, ou para outros serviços que eram criados fora da rede:

Às vezes eu encaminhava para psiquiatra, às vezes eu encaminhava para a saúde mental, tudo dependendo da época, do que que era viável, onde é que a gente descobria que tinha alguém que poderia entender o que a gente tava levando, a demanda que a gente estava tentando encaminhar e tudo mais... (Médico do CEREST).

Nós descobrimos o SAIT⁵² na época, né? E até criamos um formulariozinho padrão de encaminhamento (...), e a gente contava quantos a gente encaminhava para [lá] (...) A gente sempre mandava para o SAIT, eu quase não usei a rede (Gerente CEREST).

Com a entrada da psicóloga no serviço, uma das primeiras consequências foi com relação ao atendimento prestado aos usuários que ali chegavam, já que grande parte da demanda interna ao próprio CEREST pôde ser absorvida por ela, o que resolveu alguns dos problemas que a equipe tinha quanto aos encaminhamentos que eram feitos aos demais dispositivos.

A gente, às vezes, demandava do gerente que encaminhasse essa pessoa para as unidades (...) ela não dava retorno se tinha conseguido psicólogo na rede, porque a gente percebia que era só casos graves [que eram atendidos na Saúde Mental]. E muitos dos nossos pacientes na época ficaram sem tratamento. Então, com a chegada da psicologia, a gente pode canalizar um pouco disso; tanto é que a gente fazia trabalho de grupo, de dor crônica, juntamente a reabilitação fazia e quando a A [psicóloga] chegou, também ela começou a trabalhar em conjunto com isso, com o grupo de dor crônica (Terapeuta ocupacional do CEREST).

É importante ressaltar que, à época da entrada da psicóloga no CEREST, este já pautava suas ações pela RENAST. Sendo assim, como assinalou a gerente desse serviço,

na verdade a gente sabia é que ela [a psicóloga] tinha que articular a saúde do trabalhador com rede de saúde mental; eu falava isso, né?: “ela tem que fazer RENAST, isso é RENAST, é articular as duas”. E aí a A [psicóloga] começou nesse processo de atender os pacientes, de tentar fazer nexos, do que que tem nexos, do que que não tem (Gerente CEREST).

Cabe destacar, também, que, por um lado, as questões de saúde mental e trabalho começaram a ser sistematicamente tratadas no CEREST e na rede graças, em grande medida, ao empenho dessa psicóloga, já que, como assinalou a gerente, ela é “muito dedicada (...), ela vai mesmo no CERSAM, ela propõe isso, ela corre atrás, questiona a gente, e eu acho que foi um [salto] muito grande”. Por outro lado, houve ações que também prepararam o caminho para que essas questões fossem acolhidas no serviço. Uma delas se refere à discussão de casos que passou a acontecer nas reuniões de equipe. Como ressaltou a gerente:

⁵² Serviço de Atendimento Integral ao Trabalhador, projeto de extensão vinculado à PUC Minas, em Betim.

Eu acho que o CEREST também se organizou para que houve esses momentos, a gente não tinha essas discussões de caso; há pouco tempo que a gente estruturou essas discussões de caso, né? Em 2007 é que nós começamos a sistematizar; é, 2007 (Gerente CERSAM).

Outra ação importante desenvolvida pelo serviço foi um evento sobre Saúde Mental e Trabalho organizado atendendo a uma solicitação de sindicatos do município, principalmente o dos metalúrgicos. A esse respeito a gerente descreveu:

A gente fez essa reunião lá no sindicato, e ficou acordado que a gente teria que ter um psicólogo e reorganizar a rede de saúde mental. Foi em 2008, porque em 2009 é que teve o evento. Em 2008, eles chamaram a gente, mostraram dados [sobre adoecimento mental dos trabalhadores], fizeram um prensa, tanto pra mim quanto pra referência de saúde mental: o que que nos íamos fazer enquanto saúde pública? Aí, em 2009, a gente fez o seminário de saúde mental e trabalho, antes mesmo da A [psicóloga] chegar, pensando em discutir [essa questão] (Gerente CEREST).

Conforme já assinalamos anteriormente, apesar de haver certa “resistência” inicial quanto à entrada de um psicólogo no serviço, devido ao receio de que este pudesse limitar suas ações a atendimentos individuais, a visão que muitos profissionais desse dispositivo tinham a respeito da relação entre trabalho e saúde mental, admitindo a possibilidade de adoecimento psíquico em função da atividade laboral, acabou por contribuir para uma maior aceitabilidade da psicologia dentro do CEREST. Aliou-se a isso a postura da própria psicóloga que chegou ao serviço, descrita pelos profissionais como sendo aberta ao diálogo e às propostas apresentadas por esse dispositivo, o que favoreceu, não apenas a sua aceitação, mas também a criação de um serviço mais adequado às demandas que surgiam. Assim, se de um lado, a falta de referências mais claras sobre a atuação desse tipo de profissional dentro dos CEREST representou uma dificuldade inicial, por outro lado, essa mesma situação possibilitou a construção de um serviço mais condizente com as necessidades do próprio município. A fala de uma das assistentes sociais é significativa quanto a isso:

Porque o fato da A [psicóloga] se colocar nesse lugar do não saber, em relação às questões da saúde do trabalhador, do SUS, dessa coisa toda – e de que rumo, qual seria o lugar dela aqui dentro, vê como seria construído, como que ia ser – isso foi importante para que as coisas seguissem esse caminho, e a psicologia foi conseguindo aqui dentro demarcar o espaço dela, o lugar dela, o reconhecimento (Assistente social CEREST).

Durante o período em que investigamos o CEREST, acompanhamos o desenvolvimento das ações realizadas por essa profissional com vistas, não só a atender aos usuários que chegavam ao serviço, mas também aquelas voltadas à articulação com os demais serviços. Dentre essas ações, destacamos o matriciamento, a referência e a contra-referência, que são usados como estratégia de formação e capacitação dos profissionais da rede. No que se refere a aspectos ligados à Saúde do Trabalhador, essas estratégias se inserem no bojo das ações que visam desenvolver a cultura da centralidade do trabalho na rede SUS, numa tentativa de superar entraves encontrados na consideração do trabalho como elemento importante no processo saúde/doença, como temos assinalado ao longo da tese.

Nesse sentido, o uso desses recursos condiz com as ideias defendidas por Sato, Lacaz e Bernardo (2006), ao discutirem sobre as possibilidades de atuação da psicologia no âmbito da saúde pública. Esses autores assinalam, a partir de algumas experiências em São Paulo, que

outro papel importante desempenhado pela equipe multiprofissional dos PSTs/CERESTs, em que a participação do psicólogo é relevante, é a formação de profissionais de saúde que atuam em unidades básicas de saúde, pronto-socorros e hospitais. O objetivo dessa atividade é facilitar o reconhecimento, por parte desses profissionais, de que o trabalho possa causar problemas de saúde, de modo a incluir essa visão na prática profissional. A inclusão de tal ótica é importante no sentido de fornecer elementos para o diagnóstico diferencial, particularmente relevante nos casos de saúde mental que possam ter origem no trabalho (Sato; Lacaz; Bernardo, 2006, 286).

Na avaliação da gerente do CEREST Betim, a forma como o serviço se organizou para lidar com os problemas de saúde mental e trabalho no município e região tem possibilitado avanços, não apenas no interior do próprio centro, mas também na articulação com a rede SUS Betim. Nas suas próprias palavras:

Eu acho que a saúde mental e trabalho cresceu dentro do CEREST porque ela se organizou, ela criou uma estrutura de pensamento, de discussão; mas ela cresceu na rede também, ganhou respeito, ganhou credibilidade. Hoje, a saúde mental da saúde do trabalhador não é um supérfluo, é um necessário, a ponto desse último caso que tivemos, que é um psiquiatra e um psicólogo vindo aqui discutir o caso para pedir ajuda⁵³ (Gerente CEREST).

⁵³ A gerente se refere ao caso R, que analisamos anteriormente.

Contudo, apesar de reconhecerem que houve esse desenvolvimento do serviço, possibilitando uma melhor compreensão das causas do adoecimento mental dos trabalhadores, alguns profissionais assinalam o quanto o serviço ainda precisa avançar no que se relaciona à solução dos problemas que surgem nessa área. A esse respeito, a fala de um dos médicos é bastante ilustrativa:

A minha dificuldade (...) é [saber] como aquele trabalhador que está sentado ali na nossa frente vai lidar com isso; como ele está lidando com isso, e com o que a gente poderia auxiliá-lo nessa vivência desses conflitos ali e tal. Essa dificuldade é uma dificuldade que eu sinto diariamente; apesar de ter ganhado muito em entender, em abrir a visão para as condições de trabalho, para as relações e tudo mais, dele com o trabalho, dele com ele mesmo, de conseguir ampliar um pouco essa visão na hora de dizer: E aí, o que que eu vou fazer com esse cara? (Médico CEREST).

Convém admitir, no entanto, que, em Betim, muitas dessas iniciativas ainda são incipientes, sendo modestos os resultados obtidos. Contudo, eles já mostram o quanto são promissoras na efetivação de uma rede de saúde capaz de lidar com os problemas de saúde mental apresentados pelos trabalhadores, conforme sugere a análise dos casos apresentados anteriormente. E, apesar de algumas dessas ações ainda estarem baseadas na tentativa e no erro, observamos que, nessa aproximação dos serviços entre si, alguns projetos começam a ser vislumbrados, como propostas de trabalho conjunto, envolvendo, além desses dispositivos analisados, outros serviços do município, como o SAS e o CAPS AD, por exemplo.

É evidente que há muitos desafios a serem superados no campo da saúde, em Betim, para que se consiga um funcionamento razoável da tão almejada “rede SUS”. A nossa intenção, aqui, é ressaltar que, ainda assim, nas próprias ações dos profissionais da saúde em seu cotidiano, encontramos alguns “embriões” de uma rede de saúde integrada, com dispositivos articulados entre si.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Quando se pensa em ações na rede SUS voltadas para a saúde mental dos trabalhadores, é comum a referência ao diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais decorrentes do trabalho. Mas, se quisermos ampliar a discussão sobre as possibilidades de atuação nesse campo, podemos falar sobre desafios maiores, como a prevenção e as ações de vigilância que a acompanham.

Quanto mais avançávamos no nosso estudo, mais se evidenciava que o trabalho pode não ser determinante do adoecimento, mas, ainda assim, ter importância na condução de casos que circulam na rede de saúde. Nesse sentido, pensar a questão da saúde mental na sua relação com o trabalho implica considerarmos essa categoria em sua dupla dimensão: determinante do adoecimento, mas também fonte de saúde.

Certamente, essas discussões não são inéditas no interior do campo da SM&T, posto que tanto os estudos em psicopatologia como as práticas em ergoterapia já são consagrados, de forma que não se constitui mais novidade pensar nesses dois aspectos do trabalho. O que há de novo, aqui, é a tentativa de trazer essas reflexões para o âmbito da saúde pública, convocando os diferentes dispositivos do SUS a se articularem, com vistas a pensar nas possibilidades de atendimento aos usuários que demandam soluções para os seus problemas de saúde mental que tenham algum tipo de relação com o trabalho.

Tal empreitada se mostra importante, principalmente quando observamos que as pesquisas diagnósticas, apesar de surgirem como um poderoso recurso na elucidação das causas do adoecimento mental dos trabalhadores, ainda se restringem a esforços acadêmicos que nem sempre se convertem em instrumentos úteis para as ações cotidianas dos trabalhadores da saúde. Sorte melhor tiveram as práticas em ergoterapia, que, ao que tudo indica, foram incorporadas no rol de atividades dos profissionais da Saúde Mental, no Brasil, desde o advento da Reforma Psiquiátrica. Mas, ainda assim, no nosso entender, grande parte de sua essência parece ter se perdido, quando observamos que essas práticas se viram diluídas nas chamadas oficinas terapêuticas. Assim sendo, ao incluir as discussões próprias ao campo da SM&T, na saúde pública, torna-se importante não apenas repensar as práticas voltadas para o diagnóstico dos transtornos mentais, como

também aquelas que visam à condução dos casos que chegam aos serviços de saúde.

Por meio deste estudo tentamos, sobretudo, caracterizar o fosso existente entre SM e ST e, principalmente, analisar suas causas, o que aponta para algumas estratégias de sua superação. O que os dados sugerem é que, embora sejam muitos os fatores que contribuem para a existência e manutenção da distância entre os dispositivos desses dois campos, é possível vislumbrar saídas para esse problema. Nesse sentido, como um desdobramento de nossa pesquisa, entendemos que, ao resgatar o fazer de cada profissional poderemos avançar na superação do fosso entre Saúde Mental e Saúde do Trabalhador. Julgamos que a atividade laboral desses profissionais também precisa ser levada em conta. E, animados pelas reflexões de Lukács (2013), nos aventuramos em dizer que o caminho para a superação desse fosso e, portanto, de desenvolvimento de ações mais eficazes no âmbito da saúde deve passar, necessariamente, tanto pelo trabalho exercido pelo usuário desses serviços como pelas práticas dos profissionais que ali atuam.

Em um momento anterior de nossas reflexões, chegamos a esboçar a ideia de que os problemas concernentes à Saúde Mental e Trabalho desafiam os campos da Saúde do Trabalhador e da Saúde Mental, já que ela ocupa uma posição fronteiriça entre esses dois. Durante nossa investigação, quando participávamos das reuniões de equipe no CEREST e no CERSAM Betim Central, por várias vezes fomos convocados a opinar sobre os casos discutidos na qualidade de especialista do “outro serviço”. Ou seja, nas reuniões do CEREST, éramos, constantemente, convidados a tecer comentários quando o caso envolvia problemas de saúde mental; já no CERSAM Betim Central, quando o caso parecia ter alguma relação com o trabalho, éramos, igualmente, solicitados a dizer algo. Se, de um lado, isso parecia sugerir que cada um dos serviços não se considerava em condições de tratar dos problemas que fossem atinentes ao outro dispositivo, por outro lado, a nossa presença, enquanto especialista em SM&T, parecia se constituir em um estímulo aos profissionais a pensarem em tais problemas. É nesse sentido que podemos dizer que a SM&T, por estar na fronteira entre a Saúde do Trabalhador e a Saúde Mental, provoca esses dois campos e os convoca a fazer reflexões acerca de questões que, a princípio e apenas aparentemente, não lhes pertenciam.

Outro aspecto que emergiu de nossa investigação diz respeito ao potencial que o campo da SM&T possui no sentido de auxiliar na articulação entre os serviços

ligados aos dois campos acima citados, abrindo, com isso, uma porta para se pensar as questões relativas à saúde mental dos trabalhadores no âmbito da saúde pública. Contudo, para que isso tenha maior efetividade, a perspectiva teórica que vai embasar essas práticas deve ser capaz de apreender o processo saúde/doença para além do individual, levando em conta as dimensões sociais presentes na produção da saúde, mas sem desconsiderar seus aspectos singulares. Por conseguinte, pensamos que a abordagem mais adequada será aquela que conseguir superar a dicotomia indivíduo/coletivo ou indivíduo/meio. A perspectiva adotada por Le Guillant parece contemplar, com maior propriedade, essa questão e, se defendemos sua abordagem, é porque ela incorpora diferentes dimensões da vida humana, incluindo aspectos sociais mais amplos, condições concretas de vida e trabalho, sem perder de vista os aspectos singulares.

Mas é importante ressaltar, também, que estamos cientes de algumas fragilidades presentes no nosso estudo. Já tivemos a oportunidade de relatar as dificuldades que enfrentamos no decorrer de nossa investigação. Cabe assinalar, aqui, de que forma elas afetaram nossos resultados. Primeiramente, convém chamar a atenção para a complexidade do fenômeno sobre o qual nos debruçamos. Não constitui tarefa fácil abordar dois campos que, embora estejam incluídos dentro de uma mesma área (nesse caso, a saúde), guardam várias especificidades que os tornam diferentes. Pensar na sua articulação requer, portanto, conhecimentos que extrapolam, e muito, o âmbito da psicologia, ainda que essa ciência tenha algo a dizer sobre esse problema. Também relacionada a isso encontra-se a extensão do campo de pesquisa, o que significa dizer que, para ser mais profunda a investigação, haveria a necessidade não apenas de um prazo mais extenso, mas também de uma equipe multidisciplinar com pesquisadores com formações diversas para uma maior abrangência do estudo. Em decorrência disso, vemos que nossa pesquisa deixou de contemplar aspectos importantes, como, por exemplo, a relação entre os dispositivos que investigamos e a Atenção Básica, já que essa é tida como uma das principais “portas de entrada” do SUS. Dessa forma, consideramos fundamental entender como os problemas de saúde mental envolvendo o trabalho chegam às unidades de saúde responsáveis por acolher os trabalhadores e como, a partir daí, são determinados os fluxos de atendimento. Só foi possível tratar dessa questão de maneira marginal, através dos casos atendidos pelo CEREST.

Outro aspecto do problema que precisava ser abordado diz respeito à forma como atuam os responsáveis pela gestão em saúde, já que são eles os responsáveis por estabelecer as diretrizes que norteiam as ações dos trabalhadores. Ao refletir sobre políticas públicas de saúde, não há como não incluir essa dimensão, compreendendo os vários aspectos envolvidos nas decisões relativas a certos “modelos de gestão” e modos de funcionamento da saúde em determinada localidade.

Por fim, outra limitação que observamos em nosso estudo diz respeito aos tipos de casos que foram abordados em cada um dos dispositivos. Embora não tenhamos analisado casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho no CERSAM Betim Central, isso não significa que eles não cheguem a esse serviço. Acreditamos que, se tivéssemos estudado casos desse tipo, estaríamos em melhor condição de compreender qual é, efetivamente, o posicionamento dos profissionais desse dispositivo para lidar com problemas dessa natureza. Observação análoga podemos fazer com relação ao CEREST, sendo que, desse serviço, poderíamos ter estudado casos de reabilitação, por exemplo, ou mesmo alguns atendidos na modalidade de psicoterapia.

Como conclusão, cabe dizer que são muitos os obstáculos que precisam ser superados, para que haja um devido tratamento das questões ligadas ao trabalho e sua relação com a saúde mental. No caso do SUS Betim, ainda que existam iniciativas que sinalizem para propostas de trabalho mais integradas, envolvendo os dispositivos da Saúde Mental e da Saúde do Trabalhador, vemos que essas iniciativas ainda são pontuais e carentes de uma estrutura administrativa que permita sua continuidade e expansão. Uma boa ilustração disso encontra-se nos últimos acontecimentos envolvendo o CEREST Betim, que teve sua proposta de atuação modificada para uma ênfase maior (senão exclusiva) em assistência, quando o serviço vinha desenvolvendo ações de formação/capacitação da rede para lidar com os problemas de saúde dos trabalhadores.

Ainda assim, observamos que os profissionais da área da saúde desse município lutam arduamente para assegurar um serviço de saúde com qualidade. Tivemos a oportunidade de testemunhar que esses profissionais *querem e buscam* fazer a saúde do município funcionar bem. Tanto no CEREST como no CERSAM Betim Central nos deparamos, muitas vezes, com trabalhadores engajados e animados com o que realizavam. Mesmo que, em alguns momentos, o desânimo

parecesse explícito, a qualidade do trabalho sempre ressurgia como o principal motivo a guiar as discussões e as práticas desses profissionais. É evidente que, do ponto de vista do desenvolvimento de políticas públicas de saúde, esse esforço ainda é insuficiente, dado que tal desenvolvimento não depende apenas da disposição de atores individuais. Mas esse cenário não deixa de sinalizar para um aspecto promissor no que concerne à qualidade dos serviços prestados nesses dispositivos.

Como desdobramento prático dessa relação estabelecida com o campo de pesquisa, tivemos a possibilidade de nos inserir na formação dos alunos da Residência Multiprofissional do município. Tal inserção se explica pelo convite feito por um de seus coordenadores -- que é também psiquiatra do CERSAM Betim Central -- para ministrarmos conteúdos relativos à Saúde Mental e Trabalho. Entendemos que nossa entrada no processo de formação desses profissionais pode potencializar as ações de SM&T na rede, pois uma das exigências dessa Residência é que os alunos desenvolvam suas atividades, passando por todos os tipos de serviços ligados à área da saúde do município, conforme assinalamos. Também no CEREST fomos solicitados, pela psicóloga recém-lotada no serviço, a dar-lhe supervisão, com vistas a auxiliá-la na sua prática dentro desse serviço.

Essa inserção aponta, ainda que modestamente, para o desenvolvimento de ações futuras que auxiliem na articulação entre os serviços de Saúde Mental e Saúde do Trabalhador, objetivando alcançar a tão almejada integralidade da saúde, tal como preconizada pelo SUS.

REFERÊNCIAS

- Almeida, M. H. R. C. & Reis, A. P. (2013). O cuidado à Saúde do Trabalhador na rede SUS Betim e Microrregião: a atuação do CEREST e a Atenção Primária em Saúde. In: in Dias, M. E. & Silva, T. L. (orgs.) *Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: possibilidades, desafios e perspectivas*. Coopmed: Belo Horizonte.
- Almeida, M. H. R. C. (2011) *A experiência do CEREST junto à Atenção Básica no SUS Betim/MG* (Apresentado no XXVI Congresso Nacional de Secretarias de Saúde e VIII Congresso Brasileiro de Saúde de Cultura de Paz e Não Violência Julho/2011)
- Antunes, R. (2000). *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo.
- Araújo, T. M. (2011) Revisão de abordagens teórico-metodológicas sobre saúde mental e trabalho. In: Minayo Gomez, C., Machado, J. M. H. & Pena, P. G. L. (orgs.). (2011). *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea* (pp. 325-344). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Ayres, J. R. C. M. (2001). Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 6 (1). 63-72.
- Barata, R. B. (2001). Os desafios da teoria e da práxis da saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. 6 (1). 20-47.
- Barreto, C. (2010). Psicanálise e Saúde Mental: uma parceria possível? *Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais. Almanaque On Line*. 6. Recuperado em 13 de novembro de 2011 de <http://www.institutopsicanalise-mg.com.br/psicanalise/almanaque/06/textos/cristiane.pdf> .
- Bernardo, M. H. & Garbin, A. C. (2011). A atenção à saúde mental relacionada ao trabalho no SUS: desafios e possibilidades. *Rev. bras. saúde Ocup.* 36 (123). 103-117.
- Betim. (2012a). *Decreto n.º 31.559, de 29 de março de 2012*. Secretaria Adjunta de Administração, Betim.
- Betim. (2012b). *Relatório SAS*. Secretaria Adjunta de Administração, Betim.
- Borsoi, I. C. F, Ruiz, E. M. & Sampaio, J. J. C. (1995). Trabalho e identidade em telefonistas. In: Codo, W & Sampaio, J. J. C (orgs.). *Sofrimento psíquico nas organizações: saúde mental e trabalho*. (pp. 152-173). Petrópolis: Vozes.
- Borsoi, I. C. F. & Codo, W. (1995). Enfermagem, trabalho e cuidado. In: Codo, W & Sampaio, J. J. C (orgs.). *Sofrimento psíquico nas organizações: saúde mental e trabalho*. (pp. 139-151). Petrópolis: Vozes.

- Brant, L. C. & Minayo Gomez, C. (2011). A temática do sofrimento nos estudos sobre trabalho e saúde. In: Minayo Gomez, C., Machado, J. M. H. & Pena, P. G. L. (orgs.). (2011). *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. (pp. 385-410), Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Brant, L. C. (2001). O indivíduo, o sujeito e a epidemiologia. *Ciência & Saúde Coletiva*. 6 (1). 221-231.
- Brasil (2001). *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Ministério da Saúde, Brasília.
- Brasil (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Ministério da Saúde, Brasília.
- Brasil. (2002). *Portaria n° 336/GM de 19 de fevereiro de 2002*. Ministério da Saúde, Brasília. Recuperado em 13 de novembro de 2012 de [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336 2002.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336%202002.pdf).
- Brescia, M. F. Q. (2003). *O uso do trabalho como recurso terapêutico: "novas" possibilidades no atendimento em serviço de saúde mental*. Dissertação de mestrado em Psicologia. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Canguilhem, G. (2006) *O Normal e o patológico* (6ª. edição) Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Trabalho original publicado em 1966).
- Carvalho, H. T. T. K. (1995). Professora primária: amor e dor. In: Codo, W & Sampaio, J. J. C (orgs.). *Sofrimento psíquico nas organizações: saúde mental e trabalho*. (pp. 127-138). Petrópolis: Vozes.
- Cavalcante, M. V. S & Lima, T. C. S. (2013). A precarização do trabalho na atenção básica em saúde: relato de experiência. *Argumentum*. 5 (1). 235-256.
- Chasin, J. (1984). *O que é trabalho*. [Conferência]. Faculdade de Filosofia e Ciência Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais.
- Chasin, J. (1995). A analítica das coisas. In: Teixeira, F. *Pensando com Marx*. São Paulo: Ensaio.
- Chasin, J. (2009). Marx. *Estatuto ontológico e resolução metodológica*. São Paulo: Boitempo.
- Clot, Y. (2006). *A função psicológica do trabalho*. (Adail Sobral, trad.). São Paulo: Vozes.
- Clot, Y. (2010). *Trabalho e poder de agir*. (Guilherme Teixeira, Marlene M. Zica Vianna, trads.). Belo Horizonte, Fabrefactum.

- Clot, Y. (2011). Clínica do trabalho e clínica da atividade. In Bendassolli, P. F., & Soboll, L. A. P. (Orgs.) *Clínicas do Trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade*. (pp. 171-83). São Paulo: Atlas.
- Codo, W & Melo, A. M, A. (1995) Relações creche-família. In: Codo, W & Sampaio, J. J. C (orgs.). *Sofrimento psíquico nas organizações: saúde mental e trabalho*. (pp. 174-182). Petrópolis: Vozes.
- Codo, W, Hitomi, A. H, Sampaio, J. J. C & Ruiz, E. M. (1995). Paranoia e trabalho: os trabalhadores em um centro de processamento de dados. In: Codo, W & Sampaio, J. J. C (orgs.). *Sofrimento psíquico nas organizações: saúde mental e trabalho*. (pp. 294-315). Petrópolis: Vozes.
- Codo, W, Sampaio, J. J. C., Hitomi, A. H & Bauer, M. (1995) A síndrome do trabalho vazio em bancários. In: Codo, W & Sampaio, J. J. C (orgs.). *Sofrimento psíquico nas organizações: saúde mental e trabalho*. (pp. 316-330). Petrópolis: Vozes.
- Codo, W. (org.) (2004). *O trabalho enlouquece? Um encontro entre a clínica e o trabalho*. Petrópolis: Vozes.
- Cohn, A. (2001). Saúde coletiva: em busca da identidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. 6 (1). 20-47.
- COSAT-MS (2006). Rede nacional de atenção integral à Saúde do Trabalhador – manual de gestão e gerenciamento. *Hemeroteca Sindical Brasileira*. São Paulo
- Costa, D. ; Lacaz, F. A. C.; Jackson Filho, J. M. & Vilela, R. A. G. (2013) Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 38 (127): 11-30.
- CREPOP Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. (2008). *Saúde do Trabalhador no âmbito da Saúde Pública: referências para a atuação do(a) psicólogo(a)*. 74p. Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Daniellou, F.; Laville, A.; Teiger, C. (1989) Ficção e realidade do trabalho operário. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 68 (17).
- Dejours, C. (1987). *A loucura do trabalho: estudos de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Oboré.
- Dejours, C. (2004a) *Addendum: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. In: Lancman, S.& Sznelwar, L. I. (orgs.) *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho* (pp 47-104). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Paralelo.
- Dejours, C. (2004b). Subjetividade, trabalho e ação. *Revista Produção*, (14), 3, 027-034.
- Dias, E. C. & Hoefel, M. G. (2005). O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciência & saúde coletiva*. 10 (4). 817-827.

- Dias, E. C. & Ribeiro, E. E. N. (2011). *Construindo ações de saúde do trabalhador no âmbito das superintendências e gerências regionais de saúde*. Secretaria do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Dias, E. C. & Silva, T. L. (2012) Desenvolvimento de conceitos e instrumentos facilitadores da inserção de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária de Saúde, no SUS. *Relatório Técnico Final (agosto 2008 a dezembro 2012)*. UFMG: Belo Horizonte
- Dias, E.C. *et al.* (2009). Desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: *aspectos históricos, conceituais, normativos e diretrizes*. *Relatório Técnico-Científico*. UFMG, Belo Horizonte.
- Fernandes, S. R. P., Di Pace, D. M. T & Passos, M. F. D. (2002). Organização e condições de trabalho em telemarketing: repercussões na saúde psíquica dos trabalhadores. In Codo, W., & Jacques, M. G. (Orgs.). *Saúde Mental & Trabalho: Leituras*. (pp. 247-270). Petrópolis: Vozes.
- Fernández, M. R. (2001) *A prática da psicanálise lacaniana em Centros de Saúde: psicanálise e saúde pública*. Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública.
- Filgueiras, J. C. & Hippert, M. I. (2002). Estresse: possibilidades e limites. In Codo, W., & Jacques, M. G. (Orgs.). *Saúde Mental & Trabalho: Leituras*. (pp. 112-129). Petrópolis: Vozes.
- Fortes, R. V. (2001). *Trabalho e gênese do ser social na "ontologia" de George Lukács*. Dissertação de Mestrado em Filosofia. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Fratini J. R. G.; Saupe, R & Massaroli, A. (2008). Referência e contra-referência: contribuição para a integralidade em saúde. *Ciênc Cuid Saúde* [periódico online]. Recuperado em 22 de março de 2014 de <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4908/3211>
- Gazzotti, A. & Codo, W. (2002). Histeria: doença profissional. In Codo, W., & Jacques, M. G. (Orgs.). *Saúde Mental & Trabalho: Leituras*. (pp. 342-400). Petrópolis: Vozes.
- GIL, A. C. (2002). *Como elaborar projeto de pesquisa* (4ª. ed). Atlas, São Paulo.
- Gomes de Deus, L. (2001). *Soberania popular e sufrágio universal: o pensamento político de Marx na crítica de 43*. Dissertação de Mestrado em Filosofia. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- González, S.T.; Hartman, C. E. & Cuapio, I. C. (2010) El papel del trabajo en la determinación de las desigualdades en salud: Reflexión crítica sobre el Informe de la Comisión de Conocimiento sobre las Condiciones de Empleo de la Organización Mundial de la Salud (Employment Conditions Knowledge Network).

In: Nogueira, r. P. (Org.). *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes.

Goulart, M. S. B. & Duraes, F. (2010). A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização. *Psicologia Social*. 22 (1). Recuperado em 30 de novembro de 2011 de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822010000100014&lng=en&nrm=iso>

Goulart, M. S. B. (2004). Os descaminhos da política de saúde mental: um estudo sobre os serviços ambulatoriais nos anos 80. In Ferrari, I.F. & Araújo, J. N. G. (Orgs.), *Psicologia e ciência na PUC MINAS*. Belo Horizonte, PUC Minas.

Guerra, A. M. C. & Milagres, A. F. (2005). Com quantos paus se faz um acompanhamento terapêutico?: contribuições da psicanálise a essa clínica em construção. *Estilos Clínicos*. 10 (19). Recuperado em 12 de novembro de 2011 de <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282005000200004&lng=pt&nrm=iso>.

Hirochi, T. L. (2010). *Trajetória de trabalhadores que buscam o centro de referência em saúde do trabalhador – CEREST no município de Betim-MG*. Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação. Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

Jacques, M. G. C. (2002). “Doença dos nervos”: uma expressão da relação entre saúde / doença mental. In Codo, W., & Jacques, M. G. (Orgs.). *Saúde Mental & Trabalho: Leituras*. (pp. 98-111). Petrópolis: Vozes.

Jacques, M. G. C. (2003) Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental & trabalho. *Psicologia & Sociedade*. 15 (1), 97-116.

Jacques, M. G. C. (2007). O nexo causal em saúde/doença mental no trabalho: uma demanda para a psicologia. *Psicologia & Sociedade*. 19 (Ed Esp. 1). 112-119.

Lacaz, F. A. C. (1997). Saúde dos trabalhadores: cenários e desafios. *Caderno de Saúde Pública*. 13 (supl. 2). 7-19.

Lacaz, F. A. C. (2001). O sujeito n(d)a saúde coletiva e pós-modernismo. *Ciência & Saúde Coletiva*. 6 (1). 233-242.

Lacaz, F. A. C. (2007). O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 23 (4). Recuperado em 15 de março de 2011 de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000400003&lng=en&nrm=iso>.

Laurell, A. C. & Noriega. (1989). *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: HUCITEC.

Lazarino, M. S. A. (2010). *Apoio matricial: uma ferramenta para inserção da saúde do trabalhador na atenção primária*. Monografia de Especialização em Saúde do

Trabalhador. Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Le Guillant, L. (2006). Uma experiência com “oficinas terapêuticas”. In Lima, M. E. A. (Org.). *Escritos de Louis Le Guillant: da ergoterapia à psicopatologia do trabalho*. (Guilherme Teixeira, trad.). (pp. 154-172). Rio de Janeiro: Ed. Vozes.

Le Guillant, L. (2006). Uma experiência de readaptação social. In: Lima, M. E. A. (org). *Escritos de Louis Le Guillant: da ergoterapia a psicopatologia do trabalho*. (Guilherme Teixeira, trad.). (pp. 77-93). Rio de Janeiro: Ed Vozes.

Leão, L. C. & Vasconcellos, L. C. F. (2011). Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): reflexões sobre a estrutura de rede. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 20(1):85-100, Brasília.

Lessa, S. (2001). Lukács e a ontologia: uma introdução. *Revista Outubro*. São Paulo, 5(1), 83-100. Recuperado em 13 de dezembro de 2013, de www.revistaoutubro.com.br/edicoes/05/out5_06.pdf

Lima, E, A (2004). Oficinas, laboratórios, ateliês, grupos de atividades: dispositivos para uma clínica atravessada pela criação. In: Costa, C. M. & Figueiredo, A. C. *Oficinas terapêuticas em saúde mental - sujeito, produção e cidadania*. Coleções IPUB. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.

Lima, F. P. A., & Lima, M. E. A. (1998). Introdução geral. In: Lima, M. E. A., Araújo, J. N. G & Lima, F. P. A. *LER: dimensões ergonômicas e psicossociais* (pp. 11-29). Belo Horizonte: Livraria e Editora Health.

Lima, F. P. A., Araújo, J. N. G., Souza, R. J. & Alves, G. B. O. (1998). A produção das lesões por esforços repetitivos num restaurante universitário: análise ergonômica e psicossocial. In: Lima, M. E. A., Araújo, J. N. G & Lima, F. P. A. *LER: dimensões ergonômicas e psicossociais* (pp. 108-177). Belo Horizonte: Livraria e Editora Health.

Lima, M, E, A. , Lima, F, P. A. & Araújo, J. N. G (1996) Os impactos do trabalho em turnos fixo e de revezamento sobre a saúde dos trabalhadores. (Relatório de pesquisa). Belo Horizonte: UFMG.

Lima, M. E. A. & Brescia, M. F. Q. (2002). In: Goulart, I. B. (org.) *Psicologia organizacional e do trabalho: teoria, pesquisa e temas correlatos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lima, M. E. A. & Deusdedit Júnior, M. (2006). A relação entre transtorno mental e trabalho – um diagnóstico no setor siderúrgico. In: Goulart, I. B. (org.). *Temas de psicologia e administração*. (pp. 293-319). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lima, M. E. A. & Prado, C. V. R. (1998). Trabalhadoras lesionadas do setor metalúrgico. In: Lima, M. E. A., Araújo, J. N. G & Lima, F. P. A. *LER: dimensões ergonômicas e psicossociais* (pp. 33-51). Belo Horizonte: Livraria e Editora Health.

- Lima, M. E. A. (1994). Programas de qualidade total e seus impactos sobre a qualidade de vida no trabalho. *Revista de Administração*. (4) 29, 64-72, out/dez São Paulo. (disponível em www.rausp.usp.br/download.asp?file=2904064.pdf acesso em 25/10/2013).
- Lima, M. E. A. (1996). A pesquisa em saúde mental e trabalho. In: Tamayo, A., Borges-Andrade, J., & Codo, W. (Orgs.). *Trabalho, Organizações e Cultura*. (pp. 49-60). 1 ed. São Paulo: CAA - Cooperativa de Editores Associados.
- Lima, M. E. A. (1998a). A psicopatologia do trabalho: origens e desenvolvimentos recentes na França. *Psicologia, Ciência e Profissão*, (2)18, 10-15.
- Lima, M. E. A. (1998b) A LER no setor bancário. In: Lima, M. E. A., Araújo, J. N. G & Lima, F. P. A. *LER: dimensões ergonômicas e psicossociais* (pp. 52-107). Belo Horizonte: Livraria e Editora Health.
- Lima, M. E. A. (2002a) Esboço de uma crítica à especulação no campo da saúde mental e trabalho. In Codo, W., & Jacques, M. G. (Orgs.). *Saúde Mental & Trabalho: Leituras*. (pp. 50-81). Petrópolis: Vozes.
- Lima, M. E. A. (2002b). A questão do método em psicologia do trabalho. In Goulart, I. (Org.), *Psicologia organizacional e do trabalho: Teoria, pesquisa e temas correlatos* (pp. 123-132). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lima, M. E. A. (2003). A polêmica em torno do nexos causal entre distúrbio mental e trabalho. *Psicologia em Revista*, 10(14), 82-91.
- Lima, M. E. A. (2004). A relação entre distúrbio mental e trabalho – evidências epidemiológicas recentes. In Codo, W. (Org.), *O trabalho enlouquece? Um encontro entre a clínica e o trabalho*, v. 1 (pp. 139-160). Petrópolis: Vozes.
- Lima, M. E. A. (2010). Dependência química e trabalho: uso funcional e disfuncional de drogas nos contextos laborais. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. (35) 122, 260-268.
- Lima, M. E. A. (2011). As abordagens Clínicas e saúde mental no trabalho. In: Bendassolli, P. F. & Soboll, L. A. P. (Orgs.) *Clínicas do trabalho novas perspectivas para a compreensão do trabalho na atualidade*. (pp. 227-257). São Paulo: Atlas.
- Lima, M. E. A. (2011). The role and the meaning of work in Freud's cultural writings. *International Forum of Psychoanalysis*. v. 1, 1-14.
- Lima, M. E. A. (2013). Saúde mental e trabalho: limites, desafios, obstáculos e perspectivas. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 16 (1), 91-98.
- Lima, M. E. A., Assunção, A. A., & Francisco, J. E. S. D. (2002). Aprisionado pelos ponteiros de um relógio: O caso de um transtorno mental desencadeado no trabalho. In Codo, W., & Jacques, M. G. (Orgs.). *Saúde Mental & Trabalho: Leituras*. (pp. 209-246). Petrópolis: Vozes.

- Lukács, G. (1978) As Bases Ontológicas da Atividade e do Pensamento do Homem. *Revista Temas*. 4.
- Lukács, G. (2013) *Para uma ontologia do ser social II*. (Nélio Schneider trad.). São Paulo: Boitempo.
- Machado, J. M. H. (2001). As possibilidades de repensar estruturas e sujeitos em relações dinâmicas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 6 (1). 20-47.
- Marconi, M. A; Lakatos, E. M. (2004). *Metodologia científica* (4ª. ed). Atlas, .São Paulo.
- Marx, Karl (1984) Manuscritos econômicos filosóficos (1844). In: Fernandes, F (org). *Marx e Engels – História* (Coleção Grandes Cientistas Sociais; 36) São Paulo: Ática.
- Mattos, U. A.O. & Freitas, N. B. B. (1994) Mapa de risco no Brasil: as limitações da aplicabilidade de um modelo operário. *Caderno de Saúde Pública*.10 (2). 251-258.
- Melo, L. E. A. (2011). A Previdência Social e a Luta Contra os Acidentes e Doenças do Trabalho no Brasil. In: *Informe da previdência social*, julho de 2011; vol 23; no. 7. Ministério da Previdência Social. Brasil.
- Minayo Gomez, C., Machado, J. M. H. & Pena, P. G. L. (orgs.). (2011). *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Minayo, M. C. S. (2001). Editorial. *Ciência & Saúde Coletiva*. 6 (1), 4-5.
- Minayo, M. C. S. (2001). Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. 6 (1). 7-19.
- Minayo-Gomez, C. & Thedim-Costa, S. M. F. (1997). A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas. *Caderno de Saúde Pública*. 13 (supl. 2). 21-32
- Moulin, M. G. B. & Moraes, A. B. T. (2010) Vamos fazer poeira! Fontes e expressões da pressão no trabalho do setor de rochas ornamentais no Espírito Santo. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional* (35) 122, 192-200.
- Nunes, K. G. (2009). *Reforma psiquiátrica: um estudo sobre a trajetória de Betim, Minas Gerais*. Editora da Universidade de Santa Cruz do Sul.
- Paparelli, R.; Sato, L. & Oliveira, F. (2011) A saúde mental relacionada ao trabalho e os desafios aos profissionais da saúde. *Rev. bras. saúde Ocup.* 36 (123). 118-127.
- Politzer, G. (1975). *Crítica dos fundamentos da psicologia* (vol. I e II) - 2ª ed. Lisboa: Editorial Presença.

- Ramminger, T. & Brito, J. C. (2008). O trabalho em saúde mental: uma análise preliminar relativa à saúde dos trabalhadores dos serviços públicos. *Rev. bras. saúde ocup.* 33 (117). 36-49.
- Rebouças, A. J. A. (1989) As formas sutis de adoecimento pelo trabalho. In: Rebouças, A. J. A. *Morte lenta no trabalho: a insalubridade no Brasil.* (pp. 35-42). São Paulo: Oboré.
- Ribeiro, W. L. (2009). *A Atenção Psicossocial: entre o transtorno mental e o território.* Dissertação de Mestrado em Psicologia. Programa de Pós-graduação em Psicologia, Institucional do Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória
- Rocha, J. S. Y. (2001). A saúde coletiva e a dialética. *Ciência & Saúde Coletiva.* 6 (1). 20-47.
- Ruiz, V. S.; Athayde, V; Nogueira Filho, I; Zanbroni-de-Souza, P. C & Athayde, M. (2013). François Tosquelles, sua história no campo da Reforma Psiquiátrica: desinstitucionalização e suas pistas para uma abordagem clínica do trabalho centrada na atividade. *Rev. Estudos e Pesquisa em Psicologia.* 13 (3). Recuperado 25 de dezembro de 2013 de < <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/8596/6488>>:
- Sampaio, J. J. C & Soratto, L. H. (1995). Saúde mental e trabalho: trabalhadores industriais de usina de açúcar e álcool. In: Codo, W & Sampaio, J. J. C (orgs.). *Sofrimento psíquico nas organizações: saúde mental e trabalho.* (pp. 199-225). Petrópolis: Vozes.
- Sampaio, J. J. C. & Carneiro, C. (1995) Saúde mental e trabalho têxtil. In: Codo, W & Sampaio, J. J. C (orgs.). *Sofrimento psíquico nas organizações: saúde mental e trabalho.* (pp. 226-241). Petrópolis: Vozes.
- Santiago, E. & Yasuí, S. O trabalho como dispositivo de atenção em saúde mental: trajetória histórica e reflexões sobre sua atual utilização. *Revista de Psicologia da UNESP.* 10 p. 195-210. 2011. Recuperado em 10 de dezembro de 2013 de <<http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewFile/191/246>>.
- Santos, A. P. L. (2010). *Tecendo redes, superando desafios: estudo dos processos de trabalho de casos exitosos em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo.* Tese de Doutorado em Saúde Coletiva. Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
- Santos, V. C. (2007). *A relação trabalho-saúde dos enfermeiros do PSF da região Vila Prudente-Sapopemba: um estudo de caso.* 2007. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Sato, L. (2002). Saúde e controle no trabalho: feições de um antigo problema. In Codo, W., & Jacques, M. G. (Orgs.). *Saúde Mental & Trabalho: Leituras.* (pp. 31-49). Petrópolis: Vozes.

- Sato, L., & Bernardo, M. H. (2005). Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (4), 869-878.
- Sato, L.; Lacaz, F. A; C. & Bernardo, M. H. (2006). Psicologia e saúde do trabalhador: práticas e investigações na Saúde Pública de São Paulo. *Estudos de Psicologia*. 2006. 11(3). 281-288.
- Selligman-Silva, E. (1995) Psicopatologia e psicodinâmica no trabalho. In: Mendes, R. (org.). *Patologia do trabalho*. Rio de Janeiro: Editora Atheneu.
- Selligman-Silva, E., Bernardo, M. H., Maeno, M., & Kato, M. (2010). Saúde do trabalhador no início do século XXI. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35 (122), 185-186
- Selligman-Silva, E., Bernardo, M. H., Maeno, M., & Kato, M. (2010). O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35 (122), 187-191.
- Sève, L. (1989). A personalidade em gestação. In Silveira, P & Doray, B. (org) *Elementos para uma teoria marxista da subjetividade*. São Paulo: Edições Vértice.
- Silva, A. T. M. C.; Barros, S, Oliveira, M. A. F. (2002) Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. *Rev Esc Enferm*. 36 (1):4-9
- Silva, E. R. (2010). *A atividade de trabalho do psiquiatra no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial: pois é José...* Dissertação de Mestrado em Psicologia. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais
- Silva, T. L. (2009). *Contribuição ao processo da capacitação dos agentes comunitários de saúde para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública e Meio Ambiente. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.
- Silva, T. L.; Dias, E. C.; Ribeiro, B. T. D. & Almeida, M, H. C. (2011). Cuidando da saúde dos trabalhadores – a atuação dos ACS. *Cartilha*. Departamento de Medicina Preventiva e Social, Serviço Especial de Saúde do Trabalhador.
- Silva, V. B. (2007). Oficinas em saúde mental: possibilidades de estabilização e inserção social. In Reis Filho, J. T. & Franco, V. C. *Aprendizes da clínica: novos fazeres psi*. São Paulo, Casa do Psicólogo.
- Silveira, R. D. (2008). *Projeto Lopes Rodrigues: continuidades e rupturas nas conexões entre ensino psiquiátrico e prática assistencial em Minas Gerais (1920-1930)*. 2008. 306f. Tese de Doutorado em Educação. Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Siqueira, B. P. (2001). A propósito do protagonismo da área de saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. 6 (1). 20-47.

- Sivadon, P. (1993) Psychopathologie du travail. In: *Psychiatrie et socialités*. Toulouse: Érès
- Stortz, E. N. (2001). Saúde coletiva: conhecimento, identidade e poder. *Ciência & Saúde Coletiva*. 6 (1). 20-47.
- Telles, A. L. C. (1995) *A ergonomia na concepção e implantação de sistemas digitais de controle distribuído*. Dissertação de Metrado..COPPE, Rio de Janeiro.
- Tosquelles, F. (2009). *Le travail thérapeutique en psychiatrie*. Paris: Érès. (Trabalho original publicado em 1967).
- Vechi, L. G. (2004). Introgenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. *Estud. psicol. (Natal)*, Natal 9 (3). 489-495,
- Vieira, C. E. C. (2014). *Transtorno de Estresse Pós-traumático nos contextos de trabalho: das experiências traumáticas ao desenvolvimento do transtorno mental*. 2014. 291p. Tese. (Doutorado). Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais.
- Vieira, C. E. C., Lima, F. P. A., & Lima, M. E. A. (Orgs.). (2010). *O Cotidiano dos Vigilantes: trabalho, saúde e adoecimento*. Belo Horizonte: FUMARC.
- Zambroni-de-Souza, P. C; Athayde, M; Araújo, A. & Souza, A. O pioneirismo de Louis Le Guillant na reforma psiquiátrica e psicoterapia institucional na França: a importância do trabalho dos pacientes para a abertura dos hospícios. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, 9 (3), p. 612-631.