

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Adriana de Paula Reis

**Percursos no SUS: a Saúde Mental relacionada ao Trabalho
a partir da Atenção Primária à Saúde**

Belo Horizonte

2016

ADRIANA DE PAULA REIS

**Percursos no SUS: a Saúde Mental relacionada ao Trabalho
a partir da Atenção Primária à Saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Social

Linha de pesquisa: Trabalho, Sociabilidade e Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Maria Elizabeth Antunes Lima

Belo Horizonte

2016

150

R375p

Reis, Adriana de Paula

2016

Percursos no SUS [manuscrito] : a Saúde Mental relacionada ao Trabalho a partir da Atenção Primária à Saúde / Adriana de Paula Reis. - 2016.

259 f.

Orientadora: Maria Elizabeth Antunes Lima.

Inclui bibliografia.

1.Psicologia – Teses. 2.Cuidados Primários de Saúde – Teses. 3.Trabalho – Teses. 4.Saúde mental – Teses. 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



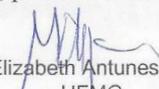
FOLHA DE APROVAÇÃO

Reis, A. (2016). Percursos no Sistema Único de Saúde: a saúde mental relacionada ao trabalho a partir da Atenção Primária à Saúde. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

ADRIANA DE PAULA REIS

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

Aprovada em 23 de setembro de 2016, pela banca constituída pelos membros:


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


Prof(a). Claudia Maria Filgueiras Penido
UFMG


Prof(a). Elizabeth Costa Dias
UFMG

Belo Horizonte, 23 de setembro de 2016.

Em 1963, no interior de Minas Gerais, um adolescente órfão de 17 anos, o caçula de 16 filhos, procurava um “*emprego com carteira assinada*”, após algumas incursões informais no comércio da cidade. O jovem desejava ser registrado em uma previdência, receber integralmente o “*salário de menor*” que tinha direito (metade do salário mínimo da época) e trabalhar a carga horária estabelecida pela CLT, de então, 48 horas semanais. Apenas uma fábrica da cidadezinha preenchia esses requisitos, a que fazia latas para os doces de leite produzidos na região. Paralelamente, a vizinha do jovem, uma professora, servidora pública do estado, o buscava nos campinhos de futebol todo final de tarde, a fim de estudarem juntos para o exame admissional em uma escola pública do lugarejo. Era a forma de ele retomar seus estudos e ingressar na 1ª série do “*ginásio*”, após algumas repetências e evasões. Assim, o adolescente foi aprovado no exame e iniciou o trabalho na fábrica, trabalhando durante todo o dia e estudando à noite. Ainda no contrato de experiência, ele começou a perceber que vários colegas acidentavam-se nas máquinas, cortando ou até mesmo perdendo seus dedos. Em poucas semanas, ele tinha vários pequenos cortes nos próprios dedos. Certo dia, ao argumentar com seu supervisor que não poderia fazer “*serão*” porque estudava à noite, ouviu dele, a mando do gerente da fábrica: “*Pobre não estuda. Pobre trabalha.*” Foi apenas nesse momento que esse jovem entendeu o empenho da sua vizinha para que ele estudasse. De outra forma, a ele estaria destinado o lugar no chão de fábricas como aquela e, também, a possibilidade de perder alguns dedos. Ao final dos 3 meses do contrato, ele saiu desse lugar.

Nos anos de 1990 seria a vez da filha desse jovem, dos anos 60, alargar os limites que lhe eram impostos. A ela, por ser mulher e estudante de escola pública, foi ensinado que deveria se contentar com estudos de segunda classe e ficar feliz ao encontrar um “*bom homem*”, para ser sua “*cabeça*”. Duas vezes destoavam desse coro. A do pai que lhe dizia: “*Estude.*” E a da professora do curso de magistério que, olhando nos seus olhos, disse-lhe: “*Você é muito inteligente. Estude numa grande universidade. Não se contente com o que tem aqui.*” O desejo de estudar na capital que nascera na jovem de 16 anos ganhou força. E ela que passara a melhor parte da sua existência até ali, lendo, ouvindo músicas e assistindo filmes com histórias de lugares diversos e outras vidas, construiu os recursos para desafiar a própria mãe e boa parte do meio onde vivia, ao afirmar: Vou fazer psicologia em Belo Horizonte. E foi. Anos mais tarde, essa mulher, não mais tão jovem, ingressava no mestrado da universidade, que almejava aos 17 anos, e, mesmo sendo uma trabalhadora qualificada, servidora pública efetiva havia 12 anos, com um projeto de pesquisa sobre o SUS, ouviu da gerente da unidade de saúde, onde trabalhava: “*Não é hora de você estudar!*”. A mulher não obedeceu e pagou

por isso. Nas mudanças que foi obrigada a fazer, tanto de local de trabalho, quanto de campo de pesquisa, ela conheceu novas pessoas e aprofundou a relação com outras, incluindo sua nova “*chefe*”, uma funcionária pública que, estando sob a mesma gestão municipal que dificultava a vida dos servidores, estudantes de pós-graduação, não mediu esforços para ajudá-la no desenvolvimento do seu projeto de mestrado.

Esta dissertação é dedicada aos trabalhadores que não abaixam a cabeça diante das muitas formas de opressão que sofrem, ainda que adoçam, como meu pai e os entrevistados para essa pesquisa. E também às trabalhadoras, no caso, em especial, às servidoras públicas Dona Hilda Ribeiro de Magalhães, que comprometida com seu trabalho e seu meio social, buscava meu pai dos campinhos da “*pelada*”; Dona Marita Duarte Vilela Ribeiro, única incentivadora para que eu estudasse na UFMG e Darci Maria de Sousa Vilaça, que me ensinou que chefe não precisa reatualizar o modelo de capataz, mas sim, contribuir com o desenvolvimento dos trabalhadores e, dessa forma, promover o próprio trabalho.

AGRADECIMENTOS

À orientadora, Maria Elizabeth Antunes Lima, pela relação de respeito e admiração construída e por ter acreditado no meu potencial como pesquisadora/trabalhadora.

À parceira de pesquisa, Thayna Larissa Aguilardos Santos, com os braços abertos para a amizade. Sua presença neste trabalho foi uma bênção.

Ao pesquisador, Manoel Deusdedit Júnior, pelas trocas iniciais e por ter aberto os caminhos, realizando a primeira pesquisa sobre Saúde do Trabalhador no SUS nesse grupo de pesquisa.

Aos professores da banca de qualificação, Emerson Fernando Raser (UFU), Leny Sato (USP) e Elizabeth Costa Dias (UFMG), pelas valiosas e generosas contribuições.

Às professoras da banca de defesa, Elizabeth Costa Dias (UFMG) e Cláudia Maria Filgueiras Penido (UFMG), pela honra e pelo prazer de poder contar com suas contribuições.

Aos membros do Colegiado, pela compreensão e extensão de todos os prazos possíveis.

Aos professores Vanessa Andrade Barros e Adriano Roberto Afonso do Nascimento pelas vivências democráticas e prazerosas em sala de aula.

Aos estagiários, Paulo Henrique Ribeiro de Aguiar Dias, Júlio César Alves dos Santos Gonçalves e Diogo Ferreira do Nascimento por compartilharem comigo, ainda que por poucos meses, algumas observações desse campo vastíssimo que é o SUS.

Aos funcionários da secretaria da pós, Flávia Chaves, Fabrício Barbosa e Karina pelas explicações e paciência.

À colega de “luta”, Maria Regina Greggio, que me estendeu a mão quando, subitamente, perdi meu campo de pesquisa e por compartilhar a meta de contribuir com a saúde dos trabalhadores.

Aos gestores e profissionais do SUS que acolheram essa pesquisa, em especial ao enfermeiro, então, diretor da APS, grande incentivador do projeto e à gerente do CEREST que abriu as portas necessárias. Aos profissionais da “ponta”, meu carinho especial, pela generosidade de compartilharem comigo seus ofícios, entrelaçados de dilemas, sabores e saberes.

Ao colega Antônio Cláudio da Silva, pela generosidade em abrir e explicar os arquivos dos beneficiários do INSS, moradores desse município.

Às gestoras da SEMAS Betim: secretária municipal de assistência social, Regina Lúcia Rezende; assessora, Maria Clarete Gonçalves de Macedo e Souza; diretora, Maria José de Souza Coelho; coordenadora, Kelen da Costa Lamounier Rêgo e à minha “chefa” atual, Darci Maria de Sousa Vilaça, pelo respeito, compreensão e por acreditarem em mim, como trabalhadora e ser humano. Meu coração é pleno de graças a vocês.

Aos ex-colegas do CEREST Betim, Magdíssima, por acreditar em mim, quando tudo, ainda, era promessa e pelas aprendizagens de Saúde do Trabalhador e de vida; Cibele, por existir (e resistir) naquele trabalho e em minha vida; Sávio, pelas defesas daquele projeto de psicologia, pelo prazer da companhia e das construções compartilhadas; Helvécio, pela compreensão, respeito e ajuda; Denise, pela presença sempre amorosa; Héliida e Sílvia, por colocarem em ação o carinho; Márcia, pelas orientações necessárias no momento em que eu precisava delas; Vivi, Maira, Fabi, Inês, Cássia, Sônia, Silvana, Dona Jura, Soraia, Clóvis e Lorena pelos gestos de carinho.

Aos colegas do CREAS 2 e da Gestão do SUAS, em especial, Edilma e Adriana Kelen, pela parceria e admiração recíproca; Gustavo, pela assessoria técnica, Pedro, pela assessoria jurídica, Daniela, pela ajuda geográfica; Carlos, pela ajuda gráfica e Patrícia, que torna meu dia mais leve, principalmente, quando almoço comigo, ainda (e talvez por isso mesmo) que o almoço seja sempre uma reunião de trabalho.

Aos profissionais, com quem aprendo a cuidar mais de mim, às médicas Rita de Cássia Lacerda de Paula e Grazi Almeida e, ainda, ao médico Auler de Betim; à queridíssima massoterapeuta Su; à fisioterapeuta Lydi; à orientadora do VP Andréa Faffine e aos professores animados de spinning Sabrina e Aldiney.

Aos meus queridos colegas de turma, Cris Garcia, Suely, Lu, Onair, Marcos, Alice, Carla, Jana, Nicole, Cris, Diego, Lucas e os “adotados” Geraldo e Álvaro – com vocês reafirmei a crença que a libertação de um é a libertação de todos. Todas as lutas emancipatórias são nossas e nos fazem mais humanos. Só um pedido: mais saraus, por favor!

À minha mais recente amiga, Natália Karoline Silva, que consegue ser estatística, cozinheira e a palhaça Felisberta, pela generosidade em compartilhar seus saberes e a fé na alegria e no riso, como instrumentos divinos de transformações.

À Deza Gonçalves e Nathália Campos que me ajudaram a encontrar as melhores palavras na língua mãe e em inglês, pela atenção, rapidez e carinho. O trabalho compartilhado é mais rico.

Às minhas queridas amigas, Vandíssima, Carlíssima e Lolô, por existirem em minha vida e tornarem esse mundo um lugar melhor para se viver.

Ao meu primo, Gui, por estar no lugar certo na hora certa, pelas descrições dos medicamentos e, principalmente, por me mostrar o céu estrelado de Lapinha da Serra e compartilhar comigo as tantas questões existenciais que nos unem, para além dos laços de sangue.

Aos meus pais, por financiarem como podiam um sonho meu que não compreendiam. A ação revelou o amor.

Aos tantos trabalhadores, que com sua arte me acolheram e muito me ensinaram, especialmente, ao violeiro/professor/pesquisador, Ivan Vilela, que por meio do dedilhar encantatório de sua viola e de sua pesquisa sobre música caipira me ajudou a recuperar as forças; às tantas formas maravilhosas de nossa música popular brasileira; aos sempre presentes Pessoa, Rosa e Clarice; ao teatro de Shakespeare; aos concertos das orquestras Filarmônica de MG e de Ouro Preto; aos movimentos desenhados no espaço do Grupo Corpo; aos cantos de Billie Holiday, Jamie Cullum e Fréro Delavega, que me acalentaram nessa reta fina e às obras de Vigotski e Canguilhem, meios da transformação de mim mesma. Bravo!

A Deus, presente em cada amanhecer, nos cantos dos pássaros, nas mudanças da lua, em todos os gestos de amor e de criação e, ainda, nos silêncios vividos nessa trajetória.



Nuvem da manhã (autorretrato) – Haruo Ohara. Gelatina/prata.
Terra Boa, Paraná, 1952. Acervo Instituto Moreira Salles

“... não existe homem sem trabalho,
assim como não existe homem isolado,
pois o homem só é, em contato com o outro.
E quanto mais contatos ele tem,
tanto mais humano ele será.” – Chasin

RESUMO

Reis, A. (2016). *Percursos no Sistema Único de Saúde (SUS): a Saúde Mental relacionada ao Trabalho a partir da Atenção Primária à Saúde*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Esta dissertação analisa os percursos de quatro usuários do SUS em uma cidade da Região Metropolitana de Belo Horizonte (MG), cujas queixas apontavam para questões relativas à saúde mental relacionada ao trabalho: um vigilante adoecido após um assalto em seu local de trabalho, duas empregadas domésticas adoecidas, usuárias frequentes das unidades de saúde, e, um artista plástico, com diagnóstico de esquizofrenia, que teve no trabalho como arte educador um meio de estabilização e saúde. O caráter da pesquisa é exploratório, com metodologia inspirada na abordagem pluridimensional de Louis Le Guillant (2006) e apoio em pressupostos teóricos da psicologia sócio-histórica (Vigotski, 1999) e da psicologia concreta (Poltzer, 1975). Apresentaram-se, no estudo, as narrativas dos usuários e dos profissionais do SUS, examinando-se a comunicação entre as várias unidades de atendimento, particularmente a relação entre as equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) e do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Para tanto, foram realizadas entrevistas com os usuários e profissionais de saúde, discussão coletiva dos casos com as equipes, bem como pesquisas documentais e análise dos sistemas de informação do SUS, do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e dos apoios existentes para o desenvolvimento de intervenções em Saúde do Trabalhador (ST). Os resultados da pesquisa evidenciaram a importância da elaboração de projetos terapêuticos e formativos em saúde que contemplem as trocas interdisciplinares e os saberes, práticas e necessidades dos usuários; do reconhecimento do trabalho como uma categoria fundamental para a compreensão das biografias e condições de vida e de saúde dos sujeitos; do desenvolvimento da vigilância em saúde e da comunicação entre as unidades de atendimento da rede; da criação de modelos de vigilância em ST que compreendam as questões de saúde mental e dos trabalhadores domésticos e do desenvolvimento de ações de reabilitação profissional no SUS. Observou-se, finalmente, que a análise das práticas profissionais no SUS e do trabalho dos seus usuários possibilitaria o desenvolvimento de ações mais eficazes para a preconizada atenção integral à saúde dos trabalhadores e a melhoria na oferta de serviços sanitários à população.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde (APS). Saúde do Trabalhador (ST). Saúde Mental e Trabalho (SM&T).

ABSTRACT

Reis, A. (2016). *Journeys in Sistema Único de Saúde (SUS) [Brazilian Public Health System]: Mental Health Related to Work grounded on Primary Health Care*. Dissertation (Master's Degree), Psychology Post-Graduate Program, Philosophy and Human Sciences Faculty, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte.

This dissertation analyses the journeys of four users of SUS [Brazilian Public Health System] in a city in Belo Horizonte (Minas Gerais) metropolitan area, whose complaints concerned mental health and work issues: a watchman sick after a robbery at his place of work, two sick maids, frequent users of care units and a plastic artist with a diagnosis of schizophrenia, who had in the work as an art educator a means of stabilization and health. The nature of this paper is exploratory, with methodology inspired in Louis Le Guillant's (2006) pluridimensional approach and foundation on theoretical principles from Sociohistorical Psychology (Vigotski, 1999) and Concrete Psychology (Politzer, 1975). The users' and the professionals' stories on their experiences in SUS were presented in the study, with the examination of the communication among the various care units, particularly the relationship among the APS [Primary Health Care] team and the Centro de Referência em Saúde do Trabalho's (CEREST) [Worker's Health Reference Center]. In order to do so, interviews with the users and health professionals were conducted, as well as group discussions of the cases with the teams and documental researches and analysis of information systems of SUS, of the Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) [National Institute of Social Security] and of the existent supports to the development of Saúde do Trabalhador (ST) [Worker's Health] interventions. The results of the research showed the importance of the elaboration of therapeutic and formative projects on health which cover interdisciplinary exchanges, alongside the users' knowledges, practices and needs; of the recognition of work as a fundamental category to the understanding of the individual's biographies, life and health conditions; of the development of watchfulness over health and communication among the care units in the network; of the creation of vigilance on ST which grasp mental health issues and domestic workers'; and of the development of actions in professional rehabilitation in SUS. Finally, one observed the analysis of professional practices in SUS and of the work of its users would allow the development of more effective actions for the sake of the advised integral attention to workers' health and the improvement in the offer of sanitary services to the population.

Keywords: Primary Health Care. Worker's Health. Mental Health and Work.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Evolução da concessão de benefício acidentário por CID F no município.....	201
--	-----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Transtornos mentais notificados 2007 – Abril/2016.....	198
Tabela 2 – Situação do mercado de trabalho.....	199
Tabela 3 – Ocupações notificadas segundo Código Brasileiro de Ocupação (CBO).....	199
Tabela 4 – Distribuição por sexo.....	200
Tabela 5 – Distribuição por faixa etária.....	200
Tabela 6 – Distribuição por município de residência.....	200
Tabela 7 – Concessão de auxílio doença por acidente de trabalho 2007 – 2015 no município estudado.....	202
Tabela 8 – Concessão de aposentadoria por acidente de trabalho 2007 – 2015 no município estudado.....	203
Tabela 9 – Concessão de auxílio doença acidentário para residentes no município de 2007 a 2015 segundo CID agrupada.....	203
Tabela 10 – Concessão de aposentadorias por invalidez por acidente de trabalho por CID de 2007 a 2015.....	204
Tabela 11 – Frequência de notificações dos agravos relacionados à Saúde do Trabalhador notificados no município sede de 2010 – Abril/2016.....	205
Tabela 12 – Frequência de notificações dos Agravos relacionados à Saúde do Trabalhador residentes no município sede de 2010 – Abril/2016.....	205

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BH	Belo Horizonte
BNH	Banco Nacional de Habitação
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas
CAPSI	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CBO	Código Brasileiro de Ocupações
CCT	Convenção Coletiva de Trabalho
CEFET	Centro Federal de Educação Tecnológica
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidente
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNAE	Classificação Nacional de Atividade Econômica
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DOPS	Delegacia de Ordem Política e Social
DORT	Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho
DRT	Delegacia Regional do Trabalho
ESF	Equipe de Saúde da Família
FEBEM	Fundação Estadual do Bem Estar do Menor
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LER	Lesão por Esforço Repetitivo
MOBRAL	Movimento Brasileiro de Alfabetização
MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NAPSI	Núcleo de Atendimento aos vigilantes vítimas de violência no trabalho
NASP	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NTEP	Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização não governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PD	Permanência Dia
PSF	Programa de Saúde da Família
PST	Programa de Saúde do Trabalhador
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNST	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PUC	Pontifícia Universidade Católica
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RAPS	Redes de Atenção Psicossocial
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SAT	Seguro Acidente do Trabalho
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUIBE	Sistema Único de Informações de Benefícios
SM	Saúde Mental
SMRT	Saúde Mental relacionada ao Trabalho
SM&T	Saúde Mental e Trabalho
ST	Saúde do Trabalhador
SUAS	Sistema Único de Assistência Social

SUS	Sistema Único de Saúde
TEPT	Transtorno de Estresse Pós Traumático
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
1.1 Considerações teórico-metodológicas.....	22
2 APRESENTAÇÃO DO CAMPO	29
3 PERCURSO NO SUS: CASO E. – SILÊNCIO QUASE TOTAL	43
3.1 Percurso no SUS.....	43
3.2 Relação Trabalho, Saúde e Adoecimento Mental.....	48
3.2.1 Na perspectiva do usuário.....	48
3.2.2 Na perspectiva dos profissionais.....	52
3.3 Redes de Atenção à Saúde do SUS.....	56
3.3.1 Na perspectiva do usuário.....	56
3.3.2 Na perspectiva dos profissionais.....	58
3.4 Discussão do caso.....	62
3.4.1 Relação Trabalho, Saúde e Adoecimento Mental.....	63
3.4.2 Redes de Atenção à Saúde do SUS.....	72
4 PERCURSOS NO SUS: CASOS A. E M. – A INVISIBILIDADE DAS EMPREGADAS DOMÉSTICAS	80
4.1 Caso A. – ESF.....	80
4.1.1 Percurso no SUS.....	81
4.1.2 Relação Trabalho, Saúde e Adoecimento Mental.....	87
4.1.2.1 Na perspectiva da usuária.....	87
4.1.2.2 Na perspectiva dos profissionais.....	91
4.1.3 Redes de Atenção à Saúde do SUS.....	94
4.1.3.1 Na perspectiva da usuária.....	94
4.1.3.2 Na perspectiva dos profissionais.....	96
4.2 Caso M. – UBS.....	99
4.2.1 Percurso no SUS.....	100
4.2.2 Relação Trabalho, Saúde e Adoecimento Mental.....	103
4.2.2.1 Na perspectiva da usuária.....	103
4.2.2.2 Na perspectiva dos profissionais.....	106
4.2.3 Redes de Atenção à Saúde do SUS.....	109

4.2.3.1 Na perspectiva da usuária.....	109
4.2.3.2 Na perspectiva dos profissionais.....	111
4.3 Discussão dos casos A. e M.....	115
4.3.1 Relação Trabalho, Saúde e Adoecimento Mental.....	115
4.3.2 Redes de Atenção à Saúde do SUS.....	124
5 PERCURSO NO SUS: CASO F. – “O TRABALHO TRATOU O SINTOMA”.....	127
5.1 Percurso no SUS.....	127
5.2 Relação Trabalho e Saúde Mental.....	137
5.2.1 Na perspectiva do usuário.....	137
5.2.2 Na perspectiva dos profissionais.....	142
5.3 Redes de Atenção à Saúde do SUS.....	150
5.3.1 Na perspectiva do usuário.....	150
5.3.2 Na perspectiva dos profissionais.....	153
5.4 Discussão do caso.....	158
5.4.1 Relação Trabalho e Saúde Mental.....	158
5.4.2 Redes de Atenção à Saúde do SUS.....	173
6 ANÁLISE DA REDE SUS.....	176
6.1 Sobre a Assistência.....	176
6.1.1 A atenção e o sentido de vigilância às questões da SM&T.....	176
6.1.2 Os apoios e as dificuldades para realização do trabalho.....	180
6.1.3 As fontes para o desenvolvimento da RAS em ST (SM&T).....	186
6.1.4 As potencialidades.....	195
6.2 Sobre a Vigilância em Saúde.....	198
6.2.1 A Vigilância Epidemiológica.....	198
6.2.2 A VISAT.....	207
6.3 Sobre a Educação em Saúde.....	209
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	215
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	220
APÊNDICES.....	226
ANEXOS.....	245

1 INTRODUÇÃO

*“Minha jangada vai sair pro mar
Vou trabalhar, meu bem querer...”*

*- Dorival Caymmi
(História de pescadores)*

O número de trabalhadores com transtornos mentais têm crescido significativamente nos últimos anos. No Brasil, dados do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) sobre o acompanhamento anual de benefícios acidentários, ou seja, quando há o reconhecimento de que os agravos estão relacionados ao trabalho do segurado, informam que os transtornos mentais e comportamentais têm sido, nos últimos anos, a terceira causa de afastamento do trabalho, ficando atrás apenas das doenças do sistema osteomuscular e das lesões geradas por acidentes de trabalho (Machado, Sorralto & Codo, 2010; SUIBE, 2015¹). Ressaltamos que neste cálculo não estão incluídos os funcionários públicos, os trabalhadores autônomos, informais e os domésticos. Estes últimos passaram a ter seu adoecimento ou acidente de trabalho reconhecidos pelo INSS, a partir de outubro de 2015, devido às alterações legais sobre seus direitos trabalhistas e previdenciários.

Este quadro repercute nos gastos do Estado advindos dos tratamentos de saúde e dos longos afastamentos desses trabalhadores de suas atividades laborais e, principalmente, em um número considerável de sujeitos e suas famílias, que têm suas vidas alteradas pelos impactos subjetivos e objetivos desse adoecimento. Foi a partir do atendimento a trabalhadores com adoecimento mental em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), que surgiu nosso interesse em pesquisar a assistência prestada no Sistema Único de Saúde (SUS) aos usuários com questões de saúde mental relacionadas às suas vivências nos ambientes de trabalho.

Ao longo dos últimos anos, o SUS tem se organizado para inserir ações de Saúde do Trabalhador (ST) nos diversos pontos de atenção, com vistas a garantir a integralidade da assistência aos trabalhadores. Tudo indica que a concepção do trabalho seja uma categoria fundamental para a compreensão e intervenção nos processos de saúde e adoecimento, devendo nortear boa parte das ações desenvolvidas no sistema público. Destarte nosso interesse nesta pesquisa foi o de compreender como essa proposta de arranjo organizativo das ações e serviços de saúde, no que diz respeito às questões de saúde mental e trabalho, estaria

¹ Ver Apêndice A – Concessão de Benefícios Acidentários no Brasil em 2015.

São considerados benefícios acidentários o auxílio doença e a aposentadoria por invalidez devido a acidente/doença do trabalho.

sendo incorporada nos processos de trabalho da Atenção Primária em Saúde (APS)². A escolha por este ponto da rede de atenção deve-se ao fato de ser a APS a principal porta de acesso ao SUS, sendo responsável pelo ordenamento da rede e pela coordenação do cuidado aos usuários (Brasil, 2010; Brasil, 2011). Além disso, a APS é apontada como a única possibilidade da presença concreta do Estado no cuidado à saúde de 48,9% da população ocupada que se encontra em situação de trabalho informal, doméstico, autônomo e de produção para consumo próprio, visto estar esta à margem da regulação e fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e da ação de sindicatos e organizações de trabalhadores (IBGE, 2013; Dias & Silva, 2013).

No nosso entender, estamos diante de um quadro complexo. De um lado, temos o reconhecimento do aumento significativo do adoecimento mental dos trabalhadores protegidos pela seguridade social brasileira. Seligmann-Silva (2011) na revisão bibliográfica que realizou apontou diversas pesquisas que analisam a relação entre esse adoecimento e as condições e a organização do trabalho que exercem. De outro, existe uma parcela considerável de trabalhadores, sem seguro social, que não tem sequer esboçado seu perfil de adoecimento. Sendo assim, concordamos que reconhecer o usuário do SUS como trabalhador e prestar a devida atenção integral à sua saúde, considerando também os processos de trabalhos vivenciados é fundamental para a melhoria da qualidade de saúde da população brasileira. Desafio ainda maior quando pensamos que é imprescindível considerar a diversidade e variabilidade dos sujeitos, bem como a necessidade de intervir nos diversos contextos de trabalho geradores de adoecimentos, com a participação dos trabalhadores.

A perspectiva adotada por nós é a de que o processo de saúde-doença é multifatorial, sendo que as condições de vida e de trabalho são determinantes fundamentais para a compreensão e intervenção em saúde e os indivíduos adoecidos são sujeitos de sua história e devem participar ativamente do seu tratamento e das transformações necessárias nos contextos patogênicos. Os pressupostos que adotamos vêm da psicologia sócio-histórica, proposta por Vigotski (1999) e da psicologia concreta de Politzer (1975). Ambos defendem a psicologia como uma ciência do particular, cujo objeto é o sujeito singular, entendido como a síntese das suas relações sociais, a partir das possibilidades e contradições de sua vida material. Tais

² Neste trabalho estamos utilizando como equivalentes os termos Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica (AB). Reconhecemos que alguns autores distinguem os conceitos que embasam essa diferenciação de nomenclatura. No entanto, não entraremos nessas questões. Ressaltamos que nos próprios documentos do Ministério da Saúde (MS) há a ocorrência dos dois termos como equivalentes. Assim, quando estivermos fazendo citações desses, utilizaremos o termo adotado. Quando fizermos nossos registros, utilizaremos o termo APS, por ser este mundialmente reconhecido.

pressupostos são coerentes com a abordagem metodológica pluridimensional de Le Guillant (2006) também adotada neste estudo.

A princípio esta pesquisa seria realizada no SUS onde a autora atuava como psicóloga há quatro anos. No entanto, devido a mudanças na gestão da secretaria de saúde e do CEREST do município onde trabalhava, não foi possível manter essa escolha. Foi escolhido, então, outro SUS da mesma região, onde por meio do contato inicial com alguns gestores da ST e da APS, houve a manifestação de interesse pelo tema de investigação proposto. Este município localizado na Região Metropolitana de Belo Horizonte (BH), além de possuir uma ampla rede SUS, também apresentava, segundo dados do INSS, um crescimento significativo do número de concessões de auxílio doença acidentário nos últimos anos (SUIBE, 2015). Diante disso, consideramos pertinente pesquisar como os profissionais da APS dessa cidade estavam lidando com as possíveis questões de saúde mental relacionada ao trabalho trazidas pelos seus usuários. Estariam enxergando essas questões como relacionadas ao trabalho? Que conduções realizavam? Quais apoios e dificuldades tinham para desenvolverem intervenções em ST, referentes às questões de saúde mental? Por outro lado, o que os próprios usuários nos diriam sobre essa possível relação entre sua saúde/adoecimento mental e suas atividades de trabalho? Que necessidades eles tinham e que críticas apontariam para o desenvolvimento das redes de atenção do SUS?

Desse modo, o objetivo geral da pesquisa foi o de analisar o percurso de usuários no SUS, de uma cidade da Região Metropolitana de BH, com questões apontadas como de saúde mental relacionada ao trabalho, pelos profissionais da APS. Para isso, identificamos, junto a esses profissionais, os usuários com esse perfil e reconstruímos seus percursos no SUS, realizando entrevistas com os próprios e com os profissionais acessados por eles nesse itinerário.

Esta pesquisa teve caráter exploratório. Interessou-nos a narrativa, tanto dos usuários sobre a relação de seus sintomas/saúde com seu trabalho e seu percurso pelo SUS, como a dos profissionais de saúde sobre essa relação e a direção que adotaram nesses casos. Procuramos colher todas as informações possíveis sobre os usuários e seus atendimentos. Além das entrevistas, realizamos pesquisas nos prontuários, em relatórios do MTE, em notícias da mídia e demais materiais disponibilizados pelos sujeitos. A seguir, descrevemos nossa abordagem metodológica, apresentando com mais detalhes a forma pela qual fizemos essa reconstituição.

1.1 Considerações teórico-metodológicas

Como já foi dito, esta pesquisa foi desenvolvida dentro da perspectiva teórica proposta pela psicologia sócio-histórica de Vigotski (1999) e pela psicologia concreta de Politzer (1975), por meio de uma metodologia qualitativa, inspirada na abordagem pluridimensional de Le Guillant (2006).

Politzer (1975), filósofo húngaro de filiação marxiana, propôs a construção de uma psicologia concreta, com o foco na trajetória dramática do ser humano, isto é, nas suas experiências reais de vida. Para este autor, os fatos psíquicos são entendidos como segmentos da vida singular e os fatos humanos submetidos a uma determinação material, pois a materialidade da vida é anterior às construções psicológicas. A investigação em psicologia, portanto, não seria de um sujeito transcendental, mas da vida singular do indivíduo, o conteúdo particular dessa vida. Dessa forma, a psicologia é entendida como uma ciência da primeira pessoa, uma ciência do singular. As condições apontadas por Politzer (1975) para o caminho investigativo são:

1. Deve ser posterior aos fatos. O caminho é indutivo – do particular para o geral. “Um qualquer ‘empírico’ só pode constituir-se a posteriori, extraindo dos fatos os ensinamentos que encerram. É este, grosso modo, o sentido da ‘indução’ ” (p.96).

2. O objeto é o drama humano, a síntese entre o subjetivo e o objetivo. Não é a percepção externa. Não é o comportamento simples, mas o relacionado à vida singular do sujeito. O comportamento dentro de uma narrativa. O drama tomado como o ser humano na sua totalidade. Ressaltando que essa ação dramática se desenrola a partir das relações sociais construídas. Portanto, ela não é só interior, embora também seja interior, no sentido da elaboração que cada sujeito faz das vivências que tem.

3. Deve ser objetiva – explicitar um caminho que possa ser acessado. “Ao tomar-se como ponto de partida o concreto individual, a indução torna-se possível; e é também por essa razão que se pode voltar ao indivíduo concreto, ou seja, possuir um saber psicológico aplicável” (p.100).

Vigotski (1999), psicólogo russo, propôs as bases da psicologia sócio-histórica, de inspiração marxiana, na qual também defendeu a psicologia como ciência do singular, sendo a subjetividade humana entendida como a síntese elaborada pelo sujeito das suas relações

sociais. Não há desse modo, uma cisão entre as subjetividades e o social. Este autor chamou a atenção para a importância da análise das contradições presentes no meio com o qual o sujeito interage, como uma forma de compreender seu psiquismo, bem como de encontrar as fontes possíveis para seu desenvolvimento. Para Vigotski (1999), o objetivo da psicologia seria sempre o de provocar o desenvolvimento humano e social, estando estes dialeticamente ligados. Isto é, a pluralidade de relações sociais vividas pelo sujeito poderia contribuir para o seu desenvolvimento pessoal, assim como a ação de um sujeito poderia ampliar sua forma de compreender e atuar em um meio social, provocando também o desenvolvimento desse meio. (Clot, 2007).

Le Guillant (2006), psiquiatra francês, foi um dos pioneiros nos estudos de psicopatologia do trabalho, interessando-se pela forma como as condições concretas de vida e de trabalho das pessoas favoreciam seu adoecimento mental. Também com uma inspiração marxiana, este autor estabeleceu uma abordagem pluridimensional, por meio da qual o pesquisador lançaria mão de diversos métodos para a construção de narrativas que possibilitassem a compreensão das biografias e dos sentidos atribuídos a elas pelos sujeitos. Além disso, essa abordagem era adotada com o objetivo de realizar diagnósticos de problemas de saúde mental que acometiam categorias profissionais específicas, como fez no seu clássico estudo sobre as empregadas domésticas.

Destarte, nossa pesquisa teve desenho emergente, o qual a partir de nossa inserção no campo de estudo foi se estruturando e oferecendo os recursos para o planejamento dos métodos mais adequados e exequíveis, de acordo com os objetivos traçados. A primeira etapa do trabalho foi o desenvolvimento da demanda de pesquisa. A partir do contato que tínhamos com a gerência do CEREST desse município, apresentamos o projeto de pesquisa a esta equipe e, posteriormente, às referências municipais de Saúde Mental (SM) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e ao coordenador municipal da APS. Com base nas sugestões desses gestores, focamos nossa pesquisa na APS. Originalmente, pensávamos em incluir também um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Aceitamos, ainda, a sugestão da coordenação municipal da APS para que pesquisássemos uma equipe de SM de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) sem Saúde da Família (SF) e uma Equipe de Saúde da Família (ESF),³ visto que nesse município co-existiam, na mesma proporção, os dois modelos de atenção. O próximo passo foi o de apresentar o projeto para as referências técnicas dos sete

³ Neste trabalho utilizaremos como sinônimos Equipe de Saúde da Família (ESF) e Programa de Saúde da Família (PSF). Isto porque nesse município todas as ESF continuam a ser chamadas de PSF. Quando estivermos fazendo citações manteremos PSF, conforme o relatado.

distritos sanitários existentes no município. Nessa reunião, essas referências sugeriram dois distritos em que mais co-existiam os dois modelos de atenção, sendo estes também os mais populosos e de fácil acesso de transporte público, favorecendo os deslocamentos da pesquisadora e dos alunos que participaram da pesquisa. A primeira diretoria do distrito que procuramos aceitou a realização da pesquisa e indicou a UBS da região cuja equipe de SM era a mais antiga, fornecendo também os contatos da equipe de NASF distrital. Apresentamos o projeto a ambas as equipes e gerência da UBS e acordamos a segunda fase da pesquisa – as observações das suas reuniões e atividades. No total foram realizadas nove reuniões para trabalhar a demanda desta pesquisa com os gestores e trabalhadores do SUS.

A etapa de observação foi realizada por, cerca de, seis meses e teve como objetivo conhecer o trabalho das equipes e fundamentar tanto a escolha de uma ESF para focar a atenção, quanto as entrevistas que faríamos com os usuários. Neste período participamos das reuniões de discussão de casos e planejamento do trabalho das equipes de SM da UBS e do NASF, de uma reunião do colegiado ampliado de SM⁴, das atividades com um grupo de usuários com transtorno mental e seus familiares na UBS e de um dos grupos coordenados pela psicóloga do NASF em uma ESF. Além da observação de uma reunião de matriciamento de cada uma das dez ESF do distrito⁵. Os critérios adotados para a escolha da ESF foram a equipe estar completa, participar das reuniões com o NASF e o fato de seus membros manifestarem interesse pela proposta de pesquisa. Das dez reuniões observadas, apenas em quatro delas houve a participação dos médicos da unidade. Entre essas, uma equipe que contava com uma médica, que também tinha formação em medicina do trabalho, foi a que mais interesse demonstrou por nossa pesquisa, apresentando-nos, desde a primeira reunião, alguns casos em que percebia alguma relação entre as queixas de saúde mental dos usuários e suas atividades de trabalho. Escolhemos, portanto, essa ESF e observamos outras duas reuniões de matriciamento do NASF com essa equipe.

A seguir, realizamos entrevistas coletivas com as equipes de SM da UBS, do NASF, da ESF eleita e, ainda, do CEREST. Ressaltamos que a inclusão dessa última unidade ocorreu

⁴ Espaço mensal destinado à discussão de questões referentes aos usuários com adoecimento mental nos vários pontos de atenção do SUS. A coordenação era realizada pela referência municipal de SM. A pesquisadora foi convidada para assistir um desses encontros, que ocorreu no dia 31.10.14.

⁵ Reuniões de matriciamento: A partir da metodologia do Apoio Matricial, esses encontros regulares visam a problematização, o planejamento, a programação e a execução de ações colaborativas entre o NASF e as equipes da APS. Engloba discussões interdisciplinares de casos e temas, pactuações, planejamentos e programação de ações. Fundamenta-se em uma relação dialógica e horizontal entre os profissionais. (Brasil, 2014). No capítulo 2 retomaremos essa metodologia que faz parte do trabalho a ser desenvolvido tanto pelo NASF, quanto pelo CEREST com as equipes da APS.

devido a sugestão recebida na qualificação do projeto de pesquisa, em que fomos orientadas a observar a relação do CEREST com as unidades da APS, dado seu papel de suporte técnico em ST à rede de saúde. O objetivo dessa entrevista foi o de compreender o trabalho realizado por essas equipes, especificando o atendimento às questões referentes a saúde mental e as possíveis relações dessa com o trabalho dos usuários. O método utilizado foi o de entrevistas semi-estruturadas⁶. A escolha desse tipo de entrevista deveu-se à dimensão de interação ensejada neste método. “Essencialmente, a característica específica desse método é que ele envolve uma interação ou troca direta, geralmente verbal, entre o pesquisador e os participantes que estão sendo pesquisados” (Breakwell, 2010 p. 240). A escolha das perguntas levou em conta os dados coletados na etapa de observação, incorporando questões que auxiliassem a “corrente narrativa desenvolvida pelo próprio entrevistado” (Witzel citado por Flick, 2005, p. 100) sobre os temas propostos.

Ao final dessa etapa, os profissionais da UBS e da ESF escolheram dois casos cada uma, em que observavam alguma relação entre o processo de saúde/adoecimento mental e o trabalho dos usuários. Duas questões nortearam esse processo - a observação dos próprios profissionais sobre essa relação e os encaminhamentos que eles teriam realizado para o CEREST. Apenas a equipe de SM da UBS havia feito um encaminhamento em 2014 para aquela unidade, determinando a escolha de um dos casos. A princípio esta equipe havia sugerido como segundo caso, um servidor público, colega e usuário da UBS, por se interessarem em compreender sua relação com o trabalho. No entanto, como ele estava em crise, com sintomas paranoicos no período, não aceitou participar da pesquisa. Todavia, durante nossas observações do grupo de usuários e familiares realizado nessa unidade, outro usuário, que atuava como co-coordenador do grupo, se interessou pela pesquisa e, espontaneamente, começou a dar seu testemunho sobre a importância dos “portadores de sofrimento mental” serem incluídos no trabalho como forma de avançar a reforma psiquiátrica. Sendo assim, propusemos que ele fosse um dos sujeitos do estudo. Os dois casos da ESF foram eleitos pela médica da unidade, um deles, por estar havia, cerca de, 16 anos em atendimento, procurando regularmente a equipe, com muitas queixas de dores, de depressão e relativas ao seu trabalho; o outro, por ser um caso em que após a vivência de um assalto no trabalho, o usuário teve uma evolução de sintomas depressivos para sintomas psicóticos. Interessava a essa médica, em particular, compreender como seria possível estabelecer a relação entre os sintomas apresentados por esses dois usuários e suas condições de trabalho.

⁶ Ver Apêndice B – Roteiro e Organização das Entrevistas Coletivas.

Procuramos, ainda, a equipe do CEREST para vermos a possibilidade de articular os casos a serem pesquisados com os que esta equipe pudesse ter atendido, pensando em possíveis usuários referenciados pelas duas equipes da APS. No entanto, essa unidade não tinha em seus registros de atendimentos a informação sobre a unidade da APS de referência de seus usuários, tampouco os dados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação/SUS (SINAN) nos forneceram essas informações. Pelo sistema de informação, a única unidade notificadora de transtornos mentais relacionados ao trabalho era o CEREST e apenas dois diagnósticos eram registrados⁷. Portanto, não foi possível fazer um levantamento de diagnósticos prevalentes segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID), além das duas registradas, a fim de ter indícios do fenômeno adoecimento mental relacionado ao trabalho no município. Dessa forma, fechamos a escolha dos quatro casos com as observações das equipes da APS e as nossas, no caso específico do usuário que também co-coordenava um grupo de outros usuários com adoecimento mental.

Em seguida, realizamos entrevistas semi-estruturadas individuais com esses quatro sujeitos e com os profissionais de saúde acessados por eles em seus percursos pelo SUS⁸. Ressaltamos que nem todos os profissionais foram encontrados, pois, principalmente os médicos não estavam mais na rede e outros não se dispuseram a participar da pesquisa. No total entrevistamos catorze profissionais de saúde⁹. Para auxiliar na compreensão dos casos e subsidiar as questões a serem feitas aos profissionais envolvidos, pesquisamos os prontuários dos usuários nas várias unidades de saúde acessadas. Estes também nos forneceram alguns elementos que contribuíram na análise dos casos, sendo importantes para o resgate das trajetórias desses usuários no SUS e possibilitando a análise do funcionamento da rede de atenção. A pesquisa documental foi útil, entendendo que os documentos produzidos por um coletivo, neste caso, um coletivo de trabalho, sedimentam práticas sociais e “têm o potencial de informar e estruturar as decisões que as pessoas tomam diariamente e a longo prazo” (May, 2004 p.205). Também utilizamos os projetos de trabalho e textos oferecidos por um dos

⁷ Discutiremos essa questão no capítulo 6 Análise da rede SUS.

⁸ Foi apresentado aos entrevistados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), como forma de esclarecimento da pesquisa e explicitação do consentimento dos mesmos em participar. Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), tendo o número do parecer: 1.057.150, em 06/05/2015.

⁹ Ver Apêndice C – Roteiro das Entrevistas com os Usuários e Profissionais de Saúde.

usuários, relatórios do MTE que encontramos sobre a empresa onde trabalhava outro usuário, bem como diversas notícias de mídia sobre a empresa e o assalto vivenciado¹⁰.

Após a realização das entrevistas, apresentamos às equipes de SM da UBS, da ESF e do NASF uma síntese do que havíamos coletado de cada caso indicado. O objetivo dessa fase foi discutir com os profissionais alguns pontos observados, problematizando os achados, de modo a possibilitar que os profissionais pudessem questionar a entrevistadora e expor suas observações. Acordamos, então, com as equipes da APS a apresentação dos quatro casos aos profissionais do CEREST, com o objetivo de indagar o que eles poderiam oferecer de apoio em ST para seus colegas de rede¹¹.

Coletamos, ainda, dados do SINAN do município referentes aos agravos de ST, especialmente das notificações dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho, para auxiliar nossa análise sobre o sentido de vigilância à ST nesse município. Também pesquisamos o banco de dados do Sistema Único de Informações de Benefícios (SUIBE) do INSS sobre a concessão de benefícios acidentários aos segurados, para nos ajudar na análise do fenômeno de adoecimento mental relacionado ao trabalho nesse município. Por fim, analisamos as duas publicações do SUS mais citadas pelos profissionais entrevistados como fontes de orientação em saúde mental para os atendimentos que realizavam.

A categorização e análise dos dados coletados foram realizadas a partir dos referenciais teóricos que dialogam com o campo da ST, como os da psicologia sócio-histórica e dos autores da área da Saúde Mental e Trabalho (SM&T). Organizamos a apresentação de cada caso, destacando primeiramente o percurso realizado, em seguida expusemos as perspectivas dos usuários e dos profissionais de saúde sobre a possível relação entre o processo saúde/adoecimento mental e trabalho e as redes de atenção construídas. Por fim, discutimos cada caso, articulando aportes teóricos da SM&T e algumas orientações do SUS em ST, com vistas a contribuir para a compreensão da relação saúde/adoecimento mental e o trabalho desses usuários, bem como das redes de atenção construídas.

Por fim, chamamos a atenção para duas questões. A primeira é a distinção que fazemos dessa pesquisa das realizadas, no âmbito da Saúde Coletiva, para analisar as “condições marcadoras ou traçadoras”. Compreendemos que essa estratégia de investigação dos denominados casos traçadores, isto é, daqueles que foram representativos de determinadas situações, visa inferir a qualidade da atenção à saúde em geral, a partir da assistência prestada,

¹⁰ Ver Apêndice D – Construção dos Percursos no SUS.

¹¹ Ver Apêndice E – Organização das Discussões Coletiva dos Casos.

reconstruindo o itinerário terapêutico dos usuários. Não obstante, essas pesquisas são mais adequadas para a investigação de agravos para os quais existe uma definição clara com protocolos de atenção definidos, buscando a partir desses, identificar as ações não realizadas e/ou situações problema na linha de cuidado proposta (Brasil, 2014). No caso de nossa pesquisa, o fenômeno analisado não possui protocolo de atenção estabelecido, não estando claramente definido nas publicações do SUS. Por este motivo, nosso estudo teve caráter exploratório, destacando ao longo do texto diversos trechos das entrevistas dos sujeitos. Esperamos, assim, contribuir para o desenvolvimento tanto da compreensão, quanto da atenção no SUS das questões referentes à saúde mental relacionada ao trabalho dos seus usuários.

A segunda observação que fazemos refere-se à inclusão de epígrafes e notas com expressões artísticas sobre algumas questões apresentadas ao longo dessa pesquisa. Inspiramo-nos em Le Guillant (2006) que, em sua abordagem pluridimensional, também realizou uma análise do modo como as empregadas domésticas, por exemplo, haviam sido retratadas na literatura francesa. Embora não tenhamos feito o mesmo em relação às ocupações reladas, consideramos pertinente em alguns casos, fazer referências a algumas expressões artísticas brasileiras que dialogavam com o que estava sendo exposto ou analisado. Assim como Vigotski (1999) reconhecemos as artes também como fontes de conhecimento que, dentre outros pontos, problematizam questões do cotidiano, destacando novos olhares e facilitando a compreensão de conteúdos sociais¹².

Quanto à composição desta dissertação, após a introdução apresentamos no segundo capítulo as propostas de ordenação da ST e da APS no SUS e como os serviços desses pontos de atenção estão organizados no município estudado, além de considerações teóricas sobre a área da SM&T. Os capítulos três, quatro e cinco trazem os percursos realizados pelos quatro usuários escolhidos, com as suas perspectivas e as dos profissionais sobre a possível relação de SM&T e as redes de atenção à saúde construídas para a condução de cada caso, seguidos de uma proposta de discussão sobre este assunto. No capítulo seis trazemos uma análise mais geral sobre a rede SUS desse município, no que se refere à temática do estudo, apresentando questões sobre a assistência, as vigilâncias epidemiológica e em ST e a educação em saúde. Por fim, no capítulo sete expomos nossas considerações finais, seguidos das referências bibliográficas, dos apêndices e anexos que foram indicados ao longo do texto.

¹² No capítulo 5, a partir de um dos casos da pesquisa, faremos algumas considerações sobre a Psicologia da Arte, proposta por Vigotski (1999).

2 APRESENTAÇÃO DO CAMPO

*“Eu conheço cada palmo desse chão
É só me mostrar qual é a direção
Quantas idas e vindas, meu Deus, quantas voltas
Viajar é preciso, é preciso
Com a carroceria sobre as costas
Vou fazendo frete, cortando estradão...”*

- Renato Teixeira (Frete)

A Saúde do Trabalhador (ST) é entendida, segundo Minayo-Gomez (2011), como um campo em construção, no âmbito da Saúde Coletiva, que tem como objeto o processo de saúde e doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho e “compreende um corpo de práticas teóricas interdisciplinares – técnicas, sociais, políticas, humanas – multiprofissionais e interdisciplinares” (p. 27).

Sato, Lacaz e Bernardo (2006) apontaram os Programas de Saúde do Trabalhador (PST) surgidos em meados dos anos 1980, principalmente, no estado de São Paulo, como o início das ações de ST dentro da Saúde Pública. Com o SUS, a partir da Constituição Federal de 1988, foi firmado o desafio de desenvolver ações de ST, ofertando assistência integral aos seus usuários, o que pressupõe a indissociabilidade das ações de proteção, prevenção, promoção, vigilância e assistência. (Brasil, 1988).

A Lei Orgânica da Saúde nº 8080/1990, em seu artigo 3º incluiu como determinantes e condicionantes da saúde, o trabalho e a renda, iniciando a especificação das ações em ST (Brasil, 1990a). Um marco importante foi a publicação, pelo Ministério da Saúde (MS), da Portaria 1.339/1999 que instituiu uma lista de doenças relacionadas ao trabalho, para uso clínico e epidemiológico, incluindo doze transtornos mentais e do comportamento que podem estar relacionados ao trabalho, a saber: demência, delirium, transtorno cognitivo leve, transtorno orgânico de personalidade, transtorno mental orgânico, alcoolismo crônico, episódios depressivos, estado de estresse pós-traumático, neuratesnia (inclui síndrome de fadiga), outros transtornos neuróticos especificados (inclui neurose profissional), transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não orgânicos, e síndrome de burn-out ou síndrome do esgotamento profissional (Brasil, 1999a)¹³.

¹³ Antes da publicação dessa portaria, houve o Decreto nº 3048/1999 que aprovou o regulamento da Previdência Social e listou várias doenças relacionadas ao trabalho, incluindo esses doze transtornos mentais (Brasil, 1999b). Ao final desse capítulo exporemos algumas questões em relação ao processo histórico de construção desses transtornos, segundo Alves (2015). Para uma compreensão maior sobre esse processo recomendamos a leitura da tese dessa autora.

Em 2001, o MS publicou um livro intitulado “Doenças Relacionadas ao Trabalho – Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde”. Baseada na lista estabelecida pela Portaria 1339/1999, essa publicação avançou no sentido de orientar, na perspectiva da ST, os profissionais de saúde quanto aos procedimentos de assistência, prevenção e vigilância necessários para uma atenção integral aos trabalhadores. Propôs a utilização da classificação de Shilling, ampliando o conceito denexo entre trabalho e doença, visto abarcar três grupos de doenças: I - doenças em que o trabalho é causa necessária, II - doenças em que o trabalho pode ser um fator de risco, contributivo, mas não necessário e III - doenças em que o trabalho é provocador de um distúrbio latente ou agravador de doença já estabelecida ou preexistente (Brasil, 2001a). Como não foram publicadas ainda Linhas de Cuidado¹⁴ específicas em relação ao manejo clínico e de vigilância dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho, essa publicação continua sendo a principal referência do MS para esse tema¹⁵.

Também em 2001 foi publicado o “Caderno de Atenção Básica – Saúde do Trabalhador”, com atribuições para toda equipe da APS e os procedimentos gerais a serem adotados em casos de doenças relacionadas ao trabalho. Sobre a saúde mental, a publicação traz um pequeno verbete intitulado “Distúrbios mentais e trabalho”, chamando atenção para sintomas gerais indicativos de sofrimento/adoecimento mental e propondo a análise das condições e organização do trabalho dos usuários (Brasil, 2001b).

A partir de 2002, com a Portaria 1679 GM, o campo da ST começa a ganhar corpo na saúde pública, com a criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) como estratégia para desenvolver uma política de atenção integral à saúde dos trabalhadores em todos os níveis de atenção do SUS, de modo articulado com as vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental (Brasil, 2002).

¹⁴ Linhas de cuidado: “conjunto de atos assistenciais pensados e articulados para resolver determinado problema de saúde do usuário, assentado em um projeto terapêutico singular.” (Brasil, 2014, p.89).

¹⁵ Temos conhecimento da tentativa do MS de construção de um “Protocolo para diagnóstico, acompanhamento e vigilância dos agravos à saúde mental relacionados ao trabalho”, tendo sido colocado para consulta pública em 2005 (Brasil, 2005a). No entanto, ele não foi publicado. Em 2014, a Secretaria de Vigilância em Saúde do MS, em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, lançou uma cartilha para orientar os profissionais do SUS intitulada “Atenção ao sofrimento e ao adoecimento psíquico do trabalhador e da trabalhadora” (Merlo, Bottega & Perez, 2014). Não obstante, não trata de um protocolo de atenção. Conhecemos, ainda, a proposta da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia que, também em 2014, publicou um “Protocolo de atenção à saúde mental e trabalho” visando fornecer suporte técnico para os profissionais de saúde estabelecerem a relação entre o adoecimento mental e as situações de trabalho (Bahia, 2014).

Em 2004, foram definidos os agravos/doenças à saúde do trabalhador a serem notificados compulsoriamente no SINAN, considerando a necessidade de monitorá-los, a fim de fortalecer a vigilância epidemiológica, possibilitando a visibilidade desse problema (Brasil, 2004). Foi também uma forma de possibilitar que as questões de ST entrassem na agenda técnica e política dos gestores e do controle social do SUS (Dias & Silva, 2013). Destaca-se a inclusão dos transtornos mentais e do comportamento dentro desse grupo a ser monitorado (Brasil, 2004)¹⁶. A obrigatoriedade desse monitoramento foi reafirmada nas portarias 204/2016 e 205/2016¹⁷. Vale lembrar que a notificação dos agravos à saúde deve fazer parte dos processos de trabalho de todos os profissionais de saúde, tanto de serviços públicos como privados de saúde (Brasil, 2016a).

Com a publicação da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (Decreto 7602/2011) e particularmente com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST), toda rede de saúde tem a tarefa de reformular suas ações, a fim de garantir o desenvolvimento integral à saúde do trabalhador em todos os eixos do SUS, a saber, assistência, vigilância e educação em saúde (Brasil, 2011a; Brasil, 2012a).

O público das ações de ST são os trabalhadores na sua totalidade, urbanos e rurais, independente do vínculo de trabalho, priorizando as famílias que possuem membros desempregados ou subempregados, os que já foram acidentados ou adoeceram pelo trabalho, as mulheres grávidas ou nutrizes trabalhadoras, as crianças e adolescentes em situação de trabalho, as famílias com atividades produtivas em domicílio e as pessoas e grupos inseridos em atividades ou em relações informais e precárias de trabalho, em atividades de maior risco para a saúde e submetidos a formas nocivas de discriminação (Brasil, 2012a).

Para implementação da PNST, faz-se necessária a articulação das ações individuais de assistência com ações coletivas de promoção, prevenção e de vigilância dos ambientes de trabalho, de forma a intervir sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores, bem como desenvolver ações de planejamento e avaliação com práticas de saúde que considerem os saberes dos trabalhadores. Há a proposição de que a relação saúde-trabalho seja

¹⁶ Os demais agravos, segundo a portaria 777/2004 são: acidentes de trabalho fatal, grave, com crianças e adolescentes e com exposição à material biológico, dermatoses ocupacionais, intoxicações exógenas, lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho, pneumoconioses, perda auditiva induzida por ruído e câncer relacionado ao trabalho (Brasil, 2004).

¹⁷ Portaria 204/2016: estabelece que todos os acidentes de trabalho a serem monitorados e as intoxicações exógenas sejam notificados semanalmente em todas as unidades de saúde pública e privadas (Brasil, 2016a).

Portaria 205/2016: propõe que as doenças relacionadas ao trabalho sejam notificadas em “unidades sentinelas”, isto é, unidades selecionadas que devem funcionar como alerta precoce para o sistema de vigilância (Brasil, 2016b).

identificada em todos os pontos de atenção e instâncias do SUS, incorporando a categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença dos sujeitos e das coletividades, incluindo-o nas análises de situação de saúde e nas ações de promoção em saúde, de forma a nortear as intervenções necessárias (Brasil, 2012a).

Para a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) está proposto identificar as necessidades, demandas e problemas de ST nos territórios, realizar a análise da situação de ST e intervir nos processos e ambientes de trabalho, com a produção de tecnologias participativas de intervenção. Os objetivos das ações da VISAT são a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade da população brasileira, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos. O objeto das intervenções é a relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho, abordada por práticas sanitárias interdisciplinares desenvolvidas com a participação dos trabalhadores em todas as suas etapas. Deve ter caráter transformador, proponente de mudanças e de intervenção sobre os fatores determinantes e condicionantes dos problemas de saúde relacionados ao trabalho; com ações que fomentem a substituição de matérias primas, de tecnologias e de processos organizacionais prejudiciais a saúde, o controle de riscos, a prevenção e promoção da saúde. Deve, ainda, estar inserida no processo de construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS), coordenadas pela APS, sendo este ponto da atenção também responsável pelo desenvolvimento de ações da VISAT (Brasil, 2012a).

Sobre a vigilância epidemiológica, além da notificação dos agravos de ST listados, há a proposição de articulação com a previdência social para que a notificação dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho feito pelo SINAN seja reconhecida, nos casos de trabalhadores segurados pelo Seguro Acidente de Trabalho (SAT) (Brasil, 2012a).

Ao CEREST são propostas as funções de “retaguarda técnica especializada”, com a oferta de apoio matricial a toda rede SUS, a realização de processos de educação permanente em ST, a coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência a ST e a atuação como centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de ST (Brasil, 2012a)¹⁸.

Destacamos, ainda, que uma das estratégias para o desenvolvimento da PNST é o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas, com a articulação entre universidades e centros de pesquisa para a realização contínua de pesquisas-intervenção e a produção de modelos

¹⁸Apoio matricial: é um arranjo organizacional e uma metodologia de trabalho, na perspectiva da clínica ampliada, com equipes multiprofissionais que desenvolvem práticas interdisciplinares de apoio aos outros pontos da rede, em especial a APS. No caso do CEREST está proposto pela PNST que sua equipe, especializada em ST, ofereça apoio de forma a desenvolver ações em ST em todos os pontos da rede SUS (Brasil, 2012).

teóricos que contribuam para a melhoria da promoção, da vigilância e da atenção à saúde dos trabalhadores. Também há a preposição da inclusão de conteúdos de ST nos diversos processos formativos e estratégias de educação permanente, cursos e capacitações para profissionais de saúde e gestores (Brasil, 2012a).

A APS está organizada em UBS com e sem SF e Equipes de Saúde a Família (ESF), sendo a estratégia da SF a forma prioritária de sua reorganização no Brasil¹⁹. Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde dos habitantes de territórios delimitados. Objetiva desenvolver uma atenção integral e resolutiva, de forma a contribuir para a melhoria das condições de saúde e autonomia das pessoas, grupos e coletividades. Pressupõe a responsabilidade sanitária pelo território adstrito. Orienta-se pelos “princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (Brasil, 2011b, p. 19 e 20). Fundamenta-se, além da adstrição do território, no acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, na longitudinalidade e integralidade do cuidado, na coordenação e ordenação das RAS. Esta coordenação do cuidado compreende a construção de Projetos Terapêuticos Singulares²⁰, o acompanhamento e organização do fluxo dos usuários pela rede, as articulações intersetoriais e com a sociedade e a gestão do cuidado, com os protocolos de atenção sob a lógica de linhas de cuidado, a discussão de casos, a gestão de listas de espera, dentre outros dispositivos. Todo processo de trabalho deve estar centrado no atendimento às necessidades dos usuários, sendo estes primordiais para a condução das intervenções em saúde (Brasil, 2011b).

Preconiza-se como parâmetros para a organização das UBS, em grandes centros urbanos, o referenciamento de, no máximo, 18 mil habitantes para cada unidade sem SF e, no máximo 12 mil habitantes para unidade com SF. Para as ESF a referência é de no máximo quatro mil pessoas, sendo recomendada a média de três mil, considerando que quanto maior for a

¹⁹ Também fazem parte da APS, as UBS específicas para população ribeirinha, os consultórios de rua, as academias de saúde e o programa saúde na escola. Não especificaremos essas modalidades e programas, pois nosso estudo não as envolveu.

²⁰ Projeto Terapêutico Singular: instrumento de organização do cuidado em saúde construído entre equipe e usuário, considerando as singularidades do sujeito e a complexidade de cada caso. Explicita um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão interdisciplinar da equipe. Visa descobrir o sentido da doença ou do sofrimento para o usuário e suas singularidades. Também define as necessidades de apoio, caracterização do contexto, avaliação diagnóstica e mapeamento dos recursos (Brasil, 2014).

vulnerabilidade do território, menor deverá ser o território adstrito por equipe. A equipe de cada UBS é formada por médico, enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, cirurgião dentista, técnico e auxiliar em saúde bucal e Agente Comunitário de Saúde (ACS). Este último profissional é lotado nas unidades com SF. Especificamente para as ESF, a recomendação é que exista um médico generalista ou especialista em SF, um enfermeiro especialista em SF, um auxiliar/técnico de enfermagem e um ACS para cada 750 residentes no território, podendo ser acrescentados os demais profissionais da UBS (Brasil, 2011b).

Os NASF foram criados com o objetivo de ampliar o escopo e a resolutividade das ações da APS. Estes núcleos são formados por equipes multiprofissionais, que devem atuar de forma integrada, oferecendo apoio aos profissionais da ESF, compartilhando as práticas e saberes em saúde, por meio do apoio matricial. Constitui-se como uma retaguarda especializada, realizando ações técnico pedagógicas, clínico assistenciais e socio-sanitárias. O trabalho conjunto entre as equipes do NASF e ESF prevê a revisão da prática de encaminhamentos com base nos processos de referência/contrarreferência²¹, ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes. Busca contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, por meio da ampliação da clínica, oferecendo discussão de casos, atendimento compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos e coletivos, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde e discussão do processo de trabalho das equipes. Os profissionais que podem compor as equipes do NASF são médicos com formação em medicina do trabalho, psiquiatria, acupuntura, ginecologia/obstetrícia, geriatria, pediatria, internista (clínica médica), veterinária e homeopatia, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, profissional com formação em arte educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária. Aos gestores cabe a definição da composição dos núcleos, de acordo com dados epidemiológicos e as necessidades locais e das ESF que serão apoiadas. Cada equipe de NASF pode estar vinculada de 5 a 9 ESF (Brasil 2011b; Brasil, 2012b, Brasil, 2014).

A APS, como a principal porta de acesso do SUS, sendo responsável pelo ordenamento da rede e coordenadora do cuidado dos usuários, tem um papel importante para o desenvolvimento das RAS, tanto de ST, como de SM, dentre outras (Brasil, 2011b; Brasil,

²¹ Referência: é o encaminhamento de um usuário por um serviço da APS para outro serviço dos níveis secundário e terciário de saúde.

Contrarreferência: é o retorno do usuário dos níveis de maior complexidade para a APS.

2010). A organização das RAS, segundo Dias e Silva (2013), “é a principal estratégia proposta para superar a fragmentação do cuidado e da gestão; garantir acesso e criar espaços de acolhimento e vínculo entre profissionais e usuários, assegurando ações e serviços com efetividade e eficiência” (p.28). Dessa forma, todos os pontos de atenção à saúde são importantes para o cumprimento dos objetivos da RENAST, diferenciando-se pela densidade tecnológica que incorporam, tendo na APS o ordenamento dessa rede.

Para a APS, a PNST estabelece a necessidade de mapear as atividades produtivas no território, identificando os perfis sócio-ocupacionais e de morbimortalidade dos trabalhadores; registrar a situação de trabalho, da ocupação e do ramo de atividade econômica de todos os usuários, identificando também a rede de apoio social aos trabalhadores no território; identificar a relação entre o trabalho e o problema de saúde apresentado pelo usuário, para fins de diagnóstico e notificação dos agravos; emitir relatórios e atestados médicos, incluindo o laudo de exame médico da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos pertinentes; subsidiar a definição da rede de referência e contrarreferência e estabelecimento dos fluxos e instrumentos para os encaminhamentos necessários; articular com as equipes técnicas e os CEREST sempre que necessário, para a prestação de retaguarda técnica especializada; definir e implantar condutas e manejo assistenciais, de promoção e de vigilância em ST, mediante a aplicação de protocolos, de linhas de cuidado e de projetos terapêuticos para os agravos e de linhas guias para a vigilância de situações de riscos relacionados ao trabalho e incorporar conteúdos de ST nas estratégias de capacitação e de educação permanente para suas equipes. Não há especificações para ações em relação ao atendimento das questões de saúde mental e trabalho dos usuários (Brasil, 2012a).

Na área específica da SM, a lei federal nº 10.216 de 06/04/01 garante a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, sem qualquer discriminação, preconizando o cuidado especial para a clientela internada por longos anos em hospitais psiquiátricos, prevendo a possibilidade de punição para a internação involuntária arbitrária e/ou desnecessária, e redirecionando o modelo assistencial para serviços abertos e inseridos na comunidade, que estão substituindo gradativamente o tratamento em regime fechado. A unidade especializada de saúde que substitui o hospital psiquiátrico é o CAPS, havendo a modalidade para atendimento infantil – CAPSI e para tratamento das dependências em álcool e drogas – CAPS AD. Os serviços de SM estão organizados na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), na qual estão incluídas as UBS sem SF e as ESF. Para a APS há a proposição de realizar o acompanhamento de todos os usuários portadores de transtornos mentais de risco

grave estabilizados, por meio de consulta mensal com equipe, referência anual para revisão do plano terapêutico (CAPS ou NASF) e a execução das demais ações traçadas nos planos de cuidados, como medicação, atividades psicossociais e comunitárias. Para a prevenção de transtornos mentais de risco grave, recomenda-se que as equipes da APS identifiquem os usuários com suspeição desses transtornos e encaminhem para atendimento especializado (Minas Gerais, 2006).

Quanto ao município estudado, localizado na Região Metropolitana de BH, sua população estimada, em 2015, era de 648.766 (IBGE, 2016). Esta população era majoritariamente urbana – 99,12%. Segundo dados do censo realizado em 2010, este município possuía um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,756, considerado alto e revelando, portanto, um bom nível de desenvolvimento²². A esperança de vida ao nascer era de 74,9 anos e a renda per capita média era de R\$ 824,30. Quanto à escolaridade, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola era de 92,65%, de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo era de 66,08%, enquanto a dos jovens com 18 a 20 anos com ensino médio completo era de 48,08%. Considerando-se a população adulta, a partir dos 25 anos, 4,36% eram analfabetos, 58,16% tinham o ensino fundamental completo, 40,50% possuíam o ensino médio completo e apenas 8,80%, o superior completo. O Índice de Gini era de 0,48, o que revela um alto grau de desigualdade de renda entre a população²³. O percentual da população economicamente ativa²⁴ era de 71,95%, ao mesmo tempo, sua taxa de desocupação, ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada era de 6,95%. Também em 2010, das pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais do município, o setor de serviços era o que mais empregava, com 46,44% dessas pessoas, seguidas pelo comércio, com 18,20%, em terceiro lugar ficava a indústria de transformação, com 15,97, em quarto o setor de construção com 7,06%, em quinto o setor agropecuário com 0,95%, em sexto o setor de utilidade pública com 0,64% e por fim a indústria extrativa empregava 0,43% dessa população. Destacamos, ainda, que 25,05% das pessoas a partir dos 18 anos sem ensino fundamental completo encontravam-se em ocupações informais (Atlas Brasil, 2016).

²² IDHM – é uma medida composta de três indicadores do desenvolvimento humano – longevidade, educação e renda. Varia de 0 a 1, sendo que quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento (Atlas Brasil, 2016).

²³ Índice de Gini: é um instrumento usado para medir o grau de concentração de renda. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de 0 a 1, sendo que 0 representa a situação de total igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda e o valor 1 significa completa desigualdade de renda, ou seja, se uma só pessoa detém toda a renda do lugar (Atlas Brasil, 2016).

²⁴ Taxa de atividade da população de 18 anos ou mais.

O SUS nesse município estava estruturado como uma fundação de saúde, com presidência, conselho fiscal, três assessorias e seis superintendências. A fundação foi criada em 1973, sendo a responsável por administrar toda rede assistencial de saúde pública do município e gerenciar seus recursos. A autoridade sanitária do município era representada pelo secretário municipal de saúde. Dentro da superintendência de atenção à saúde, as UBS estavam vinculadas as diretorias de sete distritos sanitários, os CAPS, por sua vez, estavam ligados ao departamento de SM, subordinado ao gestor da Atenção Básica e o CEREST aparecia vinculado ao gestor de vigilância em saúde (Diário Oficial do Município, 2016)²⁵.

A APS contava, em 2014, com noventa e cinco ESF, dezoito UBS sem SF, oito NASF, dezessete farmácias e quarenta e uma equipes de saúde bucal. A cobertura da estratégia de saúde da família era de, aproximadamente, 56% da população. Quanto à atenção secundária, o município, nesse mesmo ano, contava com cinco Unidades de Pronto Atendimento (UPA), seis bases para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), quatro CAPS, três Centros de Especialidades (consultas e exames), um CEREST, um Centro de Referência em Saúde do Homem, um Centro de Especialidades Odontológicas e dois laboratórios próprios²⁶, além de convênios com outros. A atenção hospitalar era composta de um hospital e uma maternidade de abrangência municipal. Quanto a RAPS, além dos quatro CAPS, sendo dois para a população adulta, um específico para o atendimento de usuários com dependências de álcool e drogas e outro para atendimento de crianças e adolescentes, também existiam, em 2014, onze equipes de SM nas UBS sem SF, dois serviços de residência terapêutica e um Centro de Convivência (FAMUC, 2013; FAMUC, 2014a; FAMUC, 2014b; FAMUC, 2016).

Sobre o modelo de atenção da APS, existiam duas modalidades de unidades – as UBS sem SF e as ESF. As UBS sem SF referenciavam cerca de nove mil habitantes e ofereciam à população atendimento médico (clínica geral, ginecologia, pediatria e em algumas equipes, psiquiatria) em enfermagem, em serviço social, em psicologia e em saúde bucal (esses três últimos atendimentos aconteciam em algumas unidades). As ações desenvolvidas são de aconselhamento, planejamento familiar, pré-natal, prevenção e controle de doenças não transmissíveis (hipertensão, diabetes e outras) e das doenças transmissíveis (tuberculose, hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis e outras), prevenção de doenças transmitidas

²⁵ Ver Anexo A - Organograma da Fundação de Saúde do Município.

²⁶ Laboratório de referência: realiza exames para HIV, hepatites virais, sífilis, tuberculose, hanseníase, dengue, identificação de larvas e leishmaniose visceral humana e canina.

Laboratório de bromatologia: realiza inspeção de rotulagem de produtos alimentícios e análise de água, ar e alimentos.

por animais, tratamento de doenças mentais, controle das doenças crônicas, detecção e prevenção dos cânceres, puericultura, teste do pezinho, marcação de consultas e encaminhamentos para as especialidades e internações hospitalares, vacinação e dispensação de preservativos. As unidades com ESF desenvolviam basicamente as mesmas ações, excluindo a oferta de atendimentos em serviço social, saúde bucal e vacinação. Os atendimentos especializados dos casos crônicos eram realizados com o suporte da equipe do NASF. A proposta é que a atuação da ESF contemple atividades de prevenção e promoção da saúde. Por este motivo, a equipe referencia um território delimitado de, cerca de quatro mil pessoas, devendo realizar um diagnóstico das necessidades sanitárias da população adstrita para o atendimento, a busca ativa, isto é, a procura dos casos crônicos graves (das várias clínicas) e o acompanhamento longitudinal desses casos. Nesse sentido, devem se diferenciar do funcionamento, normalmente, ambulatorial das UBS sem SF. Embora os grupos de educação em saúde possam acontecer nas duas modalidades de unidades, geralmente as ESF desenvolvem mais essa atividade, com suporte do NASF (FAMUC, 2014a; FAMUC, 2014b; FAMUC, 2016).

A UBS estudada tinha, cerca de, 25 anos e possuía equipes de SM e de saúde bucal. Não estava organizada segundo a SF, não possuindo em seu quadro de trabalhadores os ACS. Sua equipe era formada por duas médicas, uma pediatra, uma ginecologista, um psiquiatra, duas enfermeiras, nove técnicos de enfermagem, três psicólogas, uma assistente social, dois dentistas, uma técnica de saúde bucal, duas auxiliares de saúde bucal, oficiais de administração, recepcionista, auxiliares de serviços gerais e a gerente, que tinha formação em educação física. Referenciavam duas ESF e uma UBS para as ações de saúde bucal e outra UBS para os atendimentos em SM²⁷. Funcionava de segunda a sexta-feira, das 7h às 19h.

A ESF pesquisada tinha, aproximadamente, 16 anos. Sua equipe era formada por uma médica, uma enfermeira, quatro ACS, uma assistente administrativo/recepcionista, uma técnica de enfermagem e uma auxiliar de serviços gerais. Faltava à equipe dois ACS, desde a sua fundação. Duas micro-áreas ficavam, portanto, sem as visitas desse profissional. Esta equipe referenciava, cerca de quatro mil habitantes e funcionava também de segunda a sexta-feira, das 8h às 12h e de 13h às 17h, fechando para almoço entre 12h e 13h. Já o NASF tinha três anos de formação. Sua equipe contava com duas psicólogas (uma ficava para atendimentos individuais, como apoio ao NASF), duas fisioterapeutas, uma assistente social,

²⁷ Nas reuniões semanais de planejamento e discussão de casos toda essa equipe de SM, incluindo a psicóloga e a assistente social da outra UBS, se reuniam, à exceção do psiquiatra.

uma pediatra, uma ginecologista, um psiquiatra, uma fonoaudióloga, uma nutricionista e uma coordenadora, com formação em serviço social²⁸.

Sobre o CEREST desse município, sua equipe também era referência para a população de outras duas cidades da região, uma com 158.954 e a outra com 25.814 habitantes (Atlas Brasil, 2016). Oferecia acolhimento aos trabalhadores com queixas relacionadas ao trabalho e desenvolvia ações de assistência médica, psicológica, em enfermagem (com realização de teste para dermatoses ocupacionais) e em serviço social (orientação trabalhista/ previdenciária e acompanhamento social), além de exames complementares, vigilância epidemiológica, VISAT e atividades de suporte técnico e de educação permanente em ST para a rede SUS (FAMUC, 2016). Sua equipe, em 2015, era formada por dois médicos do trabalho, duas enfermeiras, sendo uma enfermeira do trabalho, uma assistente social, uma psicóloga, um técnico de segurança do trabalho, dois técnicos de vigilância nos ambientes de trabalho, dois técnicos em enfermagem, além de auxiliares de serviços gerais, recepcionistas, motorista e uma gerente, com formação em psicologia.

Tendo apresentado a organização da ST e da APS, bem como o SUS do município estudado estava estruturado, faz-se necessário expormos algumas considerações sobre a área da SM&T. Esta contempla estudos e intervenções que buscam a compreensão das relações intersubjetivas e interrelacionais entre o trabalho e o processo de saúde/doença mental. Reconhecemos suas origens na França, especialmente a partir da segunda metade do século XX. Billiard (1996) descreveu o surgimento de estudos com essa temática nos anos 1950, nesse país, conformando uma área que ficou conhecida como psicopatologia do trabalho. Destacamos as contribuições de Le Guillant (2006), um dos pioneiros nos estudos que visavam compreender a relação entre o adoecimento mental e as condições concretas de vida e de trabalho das pessoas. Também merecem destaque os estudos em ergoterapia, isto é, o uso de atividades de trabalho como recursos terapêuticos. Segundo Tosquelles (2009), desde a antiguidade egípcia já se utilizava o trabalho com a finalidade de auxiliar no tratamento de doentes mentais, tendo este autor contribuído para o desenvolvimento desse campo de estudos, a partir do final da segunda guerra mundial. Nesse período, na França, ocorreu uma redescoberta das potencialidades terapêuticas do trabalho, a partir dos estudos realizados por ele, Paul Sivadon e Louis Le Guillant (Billiard, 1996).

²⁸ Toda essa equipe também se reunia semanalmente para planejamento e discussão do trabalho, à exceção do psiquiatra (que era o mesmo que atuava na UBS estudada).

No Brasil, Seligmann-Silva (2011) apontou que a partir dos anos 1960 várias pesquisas focalizaram o cotidiano dos trabalhadores, a partir das Ciências Sociais e que desde os anos 1980 estes estudos ganharam força. Ela discorre sobre a contribuição de pesquisadores de diversas disciplinas. Sato e Bernardo (2005) também indicaram que desde o início da década de 1980 variados estudos, pesquisas e atividades de intervenção em SM&T, com matriz de leitura nas relações de trabalho e sua historicidade, conforme a formulação da Saúde Coletiva, no nosso país, foram desenvolvidos a partir dos serviços públicos de saúde e das entidades sindicais.

Para Seligmann-Silva (2011) existe no Brasil um campo multidisciplinar nomeado por ela como Saúde Mental relacionada ao Trabalho (SMRT) que têm como objeto a interrelação entre o trabalho e os processos de saúde-doença mental. Este campo engloba disciplinas das Ciências Biológicas, das Ciências Humanas e das Ciências Exatas. Esta autora assinalou três correntes de pensamento nesse campo: a Teoria do Estresse com estudos a partir da Fisiologia e do Behaviorismo, a Psicodinâmica do Trabalho com as contribuições da Psicanálise e o Modelo que adota o conceito de desgaste que integraria contribuições da Psicologia Social, das Ciências Sociais e também da Psicanálise.

Jacques (2003) parte do campo da ST, ao propor o agrupamento das pesquisas no âmbito da SM&T, no Brasil, em quatro abordagens teórico-metodológicas, a saber, a Teoria do Estresse, tendo por referência a psicologia cognitiva-comportamental, a Psicodinâmica do Trabalho, influenciada pela Psicanálise, a Abordagem com base no Modelo epidemiológico e/ou diagnóstico e os Estudos em Subjetividade e Trabalho, ambas reconhecidas com os pressupostos da psicologia social histórico-crítica.

Para Lima (2007) a SM&T propõe que o trabalho seja o ponto de partida para compreensão das questões sociais e subjetivas, devendo ser uma categoria central para o desenvolvimento de estudos e intervenções em psicologia. Para esta autora, esta área abarcaria tanto as questões referentes à psicopatologia do trabalho, quanto da ergoterapia.

Sato e Bernardo (2005) citando os trabalhos de Sato e de Seligmann-Silva, indicaram cinco grupos de problemas que mais demandavam os serviços de saúde e as discussões no meio sindical no início desse século, vindo a conformar a SM&T como uma sub-área do campo da ST. Estes grupos de problemas consistiam na relação entre saúde mental e organização dos processos de trabalho, os efeitos neuropsicológicos decorrentes da exposição a substâncias tóxicas; o sofrimento psíquico associado ao enfrentamento cotidiano de riscos à vida e as

repercussões psicossociais decorrentes dos acidentes e doenças do trabalho e da vivência de desemprego prolongado.

Bendassolli e Soboll (2011) chamaram atenção também para o desenvolvimento das denominadas clínicas do trabalho, particularmente, nas últimas décadas do século XX e início deste século. Estes autores destacaram quatro abordagens francesas que têm desenvolvido intensos diálogos com pesquisadores brasileiros, buscando compreender as questões referentes a SM&T e elaborando formas de intervenção nos ambientes de trabalho. Estas são a Psicodinâmica do Trabalho do psicanalista Christopher Dejours, a Clínica da Atividade do psicólogo do trabalho Yves Clot, a Psicossociologia do Trabalho, elaborada por Dominique Lhuillier e Gilles Amado e a Ergologia do filósofo Yves Schwartz. Embora existam diferenças conceituais e metodológicas entre estas propostas, todas têm em comum o interesse pela intervenção nos ambientes laborais, de forma a criar dispositivos coletivos entre os trabalhadores, de forma que estes possam enfrentar os desafios colocados pelo trabalho. Por isso têm sido nomeadas como clínicas do trabalho. Estas abordagens compartilham o entendimento do trabalho enquanto uma atividade com significados sociais e sentidos pessoais, defendendo “a centralidade psíquica e social do trabalho, entendido como uma atividade material e simbólica constitutiva do laço social e da vida subjetiva” (p.17). Partem do reconhecimento da diferença entre o trabalho prescrito e o trabalho real, isto é, que ao trabalhar o sujeito transforma e é transformado por seu meio, sendo, portanto, necessário compreender a relação entre os fatores subjetivos e as atividades desenvolvidas. Sendo assim há a defesa de que o trabalho seja considerado como categoria fundamental tanto para a condução clínica dos casos com queixas relacionadas à saúde, particularmente aqui tratada, da saúde mental, bem como da necessidade de intervenções em saúde e segurança nos ambientes de trabalho patogênicos, com a participação dos trabalhadores envolvidos, profissionais de saúde e demais técnicos.

Ressaltamos, ainda, o estudo de Alves (2015) que demonstrou o processo de construção social e do reconhecimento legal dos transtornos mentais relacionados ao trabalho, ao longo do século XX e início do XXI. Para essa autora as condições para a constatação desses transtornos como uma categoria diagnóstica foram as várias lutas empreendidas pelos movimentos sociais de trabalhadores por condições de saúde e trabalho, a mobilização pela reforma sanitária, os estudos acadêmicos sobre a relação entre o trabalho e o processo saúde-doença e o próprio contexto socioeconômico de precarização do trabalho, com a implantação de novas formas de gestão, que tem intensificado o processo de adoecimento psíquico dos

trabalhadores. Dessa forma, estes transtornos passaram a ser incluídos nas políticas públicas e na legislação referentes à relação saúde/trabalho, implicando na construção e desenvolvimento de uma estrutura conceitual voltada para seu tratamento, que ela identificou como sendo as correntes e abordagens do campo SM&T.

A autora chamou a atenção para o Decreto nº 3048/1999 que, no âmbito da Previdência Social listou, dentre outras doenças, os doze transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho, anteriormente mencionados, que foram incorporados pelo SUS (Brasil, 1999b; Brasil, 1999a). A partir de 2007, com a implantação do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP)²⁹ pelo INSS, iniciou-se um processo de maior visibilização desse fenômeno, pela possibilidade de configuração e reconhecimento de um padrão coletivo de adoecimento, contribuindo para os questionamentos das visões e teorias individualizantes do processo de adoecimento mental, que acabam por culpabilizar os trabalhadores adoecidos. Para essa autora, o conjunto de doenças mentais e afecções diferentes, manteriam uma identidade entre si, por meio de agentes etiológicos legalmente reconhecidos, configurando relações denexo com o trabalho e provocando debates sobre seu encaminhamento, tratamento e prevenção. No entanto, a autora também chamou atenção para as disputas apresentadas internamente ao campo da SM&T, que com suas divergências conceituais, teóricas e metodológicas quanto à definição e tratamento desse tipo de adoecimento mental, bem como das intervenções possíveis de serem realizadas nos ambientes laborais tem trazido dificuldades para a criação de procedimentos para o diagnóstico, tratamento e ações de prevenção e promoção da SM nos ambientes de trabalho (Alves, 2015).

²⁹ NTEP: aponta a existência de uma relação entre a lesão/agravo à saúde e a atividade desenvolvida pelo trabalhador, a partir do cruzamento das informações do código da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) e do código da Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE). Dadas as limitações de prazo dessa pesquisa, não aprofundaremos nas questões evidenciadas pelo NTEP.

3 PERCURSO NO SUS: CASO E. – SILÊNCIO QUASE TOTAL

*“Silêncio total.
A gente não podia comentar nada.
A única coisa a dizer era que a polícia estava na cola dos bandidos...” - E.*

3.1 Percurso no SUS

E. nasceu em 21/09/1962, na Região Metropolitana de BH. Casado pela segunda vez, havia, cerca de 20 anos, teve dois filhos – um de 26 anos do primeiro casamento e outro de aproximadamente 17 anos do segundo. Na data da entrevista ocorrida em maio de 2015, contava com 52 anos e relatou estar em processo de separação conjugal, mas ainda morando com a esposa e o filho caçula. Sua companheira trabalhava como auxiliar de serviços gerais. Seu filho caçula não estava frequentando a escola e ficava em casa, já que teria concluído os estudos, segundo o relato do pai. A escolaridade de E. era ensino fundamental incompleto (4ª série). Ele estava afastado pelo INSS entre quatro e cinco anos, sendo que na última perícia, havia, cerca de 8 meses, teria sido afastado por tempo indeterminado. E. não soube dizer se recebia o auxílio acidentário, ou seja, se seu adoecimento havia sido reconhecido como relacionado ao trabalho, pelo INSS. Não relatou processos na justiça por questões trabalhistas e previdenciárias. Sua ocupação mais recente tinha sido como vigilante de carro-forte, função que exerceu por cinco anos em uma empresa na capital.

E. iniciou sua trajetória no SUS em novembro de 2011, quando ainda tinha plano de saúde e estava muito adoecido, havia, pelo menos um ano. Ele relatou fazer uso paralelo dos dois sistemas por alguns períodos, até perder o convênio, possivelmente, em janeiro de 2014, quando a empresa onde trabalhava fechou. Desde então, E. passou a contar, fundamentalmente, com o sistema público.

A primeira vez que ele procurou atendimento médico, em razão de queixas relacionadas à sua saúde mental, foi pelo convênio, provavelmente, em fevereiro de 2011, embora tenha relatado se sentir mal havia muitos meses. E. informou que os sintomas iniciais - insegurança, ansiedade e nervosismo -, apareceram nos primeiros anos de trabalho como vigilante de carro-forte. Não soube precisar o ano. Ele iniciou nessa ocupação em 2006. Em 2010 esses sintomas começaram a piorar e foram acrescidos de uma sensação de que ele e seus colegas de equipe

estavam sendo seguidos e a empresa onde trabalhava estaria sendo observada por homens estranhos. Ele chegou a comunicar os vigilantes da portaria da sede sobre essa observação, mas eles não acreditaram. E. relatou que durante este período começou a ver um vulto preto correndo e a escutar uma voz dizendo-lhe: “*Você não vai conseguir.*”. Ele começou, então, a pensar em suicídio. Ainda nesta época, E. teve dificuldades para dormir. Sua esposa dizia-lhe que enquanto ele dormia, pedia socorro. No entanto, após setembro desse ano, quando E. foi pego como refém em um assalto ao cofre da empresa onde trabalhava, que os sintomas foram gravemente acentuados. Ele afirmou ter ficado sem coragem para ir trabalhar, a insônia piorou, sentia muito medo, tinha sensação de estar sendo perseguido e começou a beber para ir ao trabalho. Trabalhou por cerca de cinco meses após o assalto. Por volta de fevereiro de 2011, ele procurou pela primeira vez um atendimento médico do convênio de saúde pago pela empresa, tendo sido medicado e recebido um atestado. Nessa ocasião, ele fez uma perícia no INSS e foi afastado do trabalho. Desde então, até a data da entrevista, mantinha-se afastado pela previdência social.

Durante o ano de 2011, E. observou uma piora significativa dos seus sintomas, apesar de estar sendo medicado. Relatou sentir insônia, tristeza, angústia, choro constante e medo, além da visão de vultos, de escutar vozes e de ficar agressivo, principalmente com a esposa. Também contou ter tido durante esse ano, o que ele denominou de um “*surto agressivo*”, em que quebrou vários objetos da casa. Além disso, nesse período ele fez duas tentativas de autoextermínio: uma por enforcamento e outra por ingestão de medicamentos. E. foi internado em clínicas psiquiátricas pelo convênio por duas vezes, sendo que em uma dessas internações lembrou-se de ter ficado três meses. Ainda em 2011, ele teve uma grave anemia, devido a uma úlcera gástrica (um problema que havia tido pela primeira vez aos 35 anos) e foi internado por alguns dias em um hospital geral. Durante esse ano, também acessou o serviço de psicologia do convênio, mas não se lembrou por quanto tempo.

E. procurou a ESF pela primeira vez em 29/11/2011, com queixa de depressão³⁰, dizendo ver vultos e escutar vozes. Ele relatou, espontaneamente, que não estava satisfeito com o atendimento médico do convênio – “*médico de convênio é pior que do posto. Atende de qualquer maneira. Dava remédio que colocava a gente meio impotente*”. Neste dia, ele foi atendido pela enfermeira e no dia seguinte pela médica, que ficou em dúvida se era um caso de depressão ou esquizofrenia e solicitou uma discussão do caso com a equipe de saúde

³⁰ Ver Apêndice F – Síntese dos Diagnósticos e Medicamentos dos 4 casos.

mental³¹ que oferecia suporte às ESF. Esta médica ainda o atendeu mais uma vez, em dezembro de 2011, para ver a receita dos medicamentos que ele ingeria. Na discussão do caso com o psiquiatra, em janeiro de 2012, este descartou o diagnóstico de esquizofrenia, orientou nova medicação e agendamento de uma consulta com ele, se não houvesse resposta aos novos medicamentos. A consulta foi necessária e aconteceu em fevereiro de 2012. Os diagnósticos fornecidos, então, pelo psiquiatra foram F33.3³² e F43.0³³. Ainda constava no prontuário a CID F43.1³⁴, mas aparecia riscada. Havia o encaminhamento para a psicóloga do NASF e a proposição de retornos bimensais com ele. No entanto, durante 2012 este foi o único atendimento psiquiátrico no SUS, registrado em seu prontuário. Ainda em fevereiro desse mesmo ano, havia o atendimento da psicóloga do NASF, com encaminhamento para um atendimento psicológico individual no centro de apoio do NASF, que se efetivou em agosto, constando de dois atendimentos. Em abril e junho havia os registros de atendimentos médicos pela ESF. Em cada um deles existia o relato de internações em clínicas psiquiátricas, pelo convênio. Em abril E. ficou sete dias internado, com mudança na sua medicação após nova tentativa de autoextermínio, a 3ª desde o início de seu adoecimento, por ingestão de medicamentos, possivelmente, após agressão à esposa e sua saída de casa. Em junho, E. relatou nova internação, desta vez, por vinte e seis dias, na qual recebeu os diagnósticos de F32.2³⁵ e F41.9³⁶. Entre setembro de 2012 e dezembro de 2013, não havia registro de qualquer atendimento a E. no SUS³⁷.

Em janeiro de 2014 E. procurou novamente a ESF. Relatou ter ficado cerca de um mês internado em uma clínica psiquiátrica, entre dezembro de 2013 e janeiro de 2014.

³¹ Médica, em entrevista, não se lembrou se já havia NASF neste ano. Relatou que esta equipe específica de saúde mental comparecia as unidades com ESF para atendimento, de 4 em 4 meses. Vários profissionais desta equipe integrariam a futura equipe do NASF, incluindo o psiquiatra.

³² Transtorno depressivo recorrente, episódio grave com sintomas psicóticos.

³³ Reação aguda ao estresse.

³⁴ Estado de estresse pós-traumático.

³⁵ Episódio depressivo grave, sem sintomas psicóticos.

³⁶ Transtorno ansioso não especificado.

³⁷ No segundo semestre de 2012, a médica referência da ESF estava de licença maternidade. Portanto, foi um período em que ela não soube dizer se houve busca ativa do usuário, não havendo essa informação no prontuário do mesmo. Ressalta-se que, desde o início do acompanhamento de E. no SUS, a área onde residia não teve cobertura de ACS.

Possivelmente em janeiro perdeu o convênio de saúde, pois nesse mês houve o fechamento da empresa onde trabalhava, conforme exposto anteriormente. No atendimento médico, queixou-se de dormência na mão direita, diminuição de força, ansiedade e vontade de matar alguém. A médica observou que ele estava com um “*olhar estranho*”. Ela agendou nova avaliação psiquiátrica com o NASF e o orientou a procurar o serviço de urgência, caso piorasse. Em 12 de fevereiro, E. teve uma nova avaliação psiquiátrica (após dois anos do primeiro atendimento), na qual o médico registrou seu relato de ter uma voz que o acompanhava e queria matá-lo. Neste atendimento o usuário solicitou ao psiquiatra um relatório para perícia no INSS. Não havia registros de diagnósticos e medicamentos. Em março, E. retornou à ESF e relatou à médica ter procurado uma clínica psiquiátrica particular, nove dias após o atendimento psiquiátrico no SUS. Ele ficou internado nessa clínica entre 21/02 e 11/03. A médica agendou novo atendimento psiquiátrico, que ocorreu no dia 03/04/2013. Neste atendimento, o psiquiatra registrou que o usuário chegou com os diagnósticos de F40.0³⁸, F32.3³⁹ e outra medicação. E. queixou-se de vontade de morrer, de ter uma voz o perseguindo, estar angustiado e agitado demais. O psiquiatra o encaminhou para o CAPS, com o diagnóstico de F33.3⁴⁰.

E. foi acolhido pela psicóloga de plantão no CAPS, cinco dias após a referência e permaneceu em atendimento nessa unidade por cerca de quatro meses, até 18/08/14. Neste período, teve oito atendimentos com a psiquiatra e quatro com a psicóloga que o acolheu, sua técnica-referência⁴¹. Na avaliação inicial no CAPS, constava que o usuário apresentava ideias de autoextermínio e de matar alguém, alteração de senso-percepção, com voz de comando (“*diz que o filho está morto e ele tem de vingá-lo*”), sensação de estar sendo perseguido, relato inconsistente de visão de vultos, “*ideias ruins*” e hostilidade com familiares, diante da recusa de entregar-lhe medicação extra. Também houve o registro de E. ter se apresentado hipotímico, com crítica preservada, discurso organizado e relato de irmãos com transtornos mentais, sem especificação. Na avaliação psiquiátrica havia a interrogação

³⁸ Agorafobia.

³⁹ Episódio depressivo grave com sintomas depressivos.

⁴⁰ Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos.

⁴¹ Técnico-referência: é o técnico que realiza o primeiro atendimento do usuário na unidade. É responsável por construir seu plano terapêutico, juntamente com o psiquiatra e o próprio usuário, tornando-se a referência para a integralidade dos atendimentos que serão desenvolvidos, para os contatos com a família e com a rede para a discussão do caso e os encaminhamentos que se fizerem necessários.

para os diagnósticos de F33.3, F31.5⁴² e F20.4⁴³ associados com a mudança de medicação. Inicialmente, foi proposto por essas duas profissionais que E. ficasse na permanência-dia (PD) do CAPS. No entanto, ele ficou apenas dois dias neste dispositivo, solicitando aos profissionais ficar em casa, pois segundo o relato destes, E. teria afirmado não suportar “*ficar perto daquelas pessoas*”. Assim, ele recebeu atendimento ambulatorial no CAPS, comparecendo a todas as consultas psiquiátricas e tendo registradas duas faltas nos atendimentos psicológicos. Em uma dessas faltas, a psicóloga-referência ligou para saber como ele estava e o motivo do não comparecimento. E. respondeu que estava inseguro para ir sozinho ao atendimento. Constava em seu prontuário o registro de que no acolhimento ele foi acompanhado pela irmã, mas nos outros atendimentos compareceu sozinho.

Segundo a entrevista com a psiquiatra, seu foco foi tentar um antipsicótico mais moderno, a quetiapina. De acordo com o relato da irmã do usuário, ele ingeria este medicamento ao ser internado e tinha uma resposta melhor, em relação aos remédios usuais⁴⁴. Assim, realizou os procedimentos para liberação desse medicamento junto à Secretaria Estadual de Saúde (SES), pois o mesmo não era fornecido pelo município. A psiquiatra preencheu os documentos necessários três vezes, porque E. não protocolou os dois primeiros. Em 18/08/14 ela contrarreferenciou o caso para a ESF, por considerar que E. apresentava melhora do humor e uso regular da medicação, embora ainda existisse alguma sintomatologia psicótica residual, sem especificar qual. O protocolo para a quetiapina havia sido aceito e E. aguardava sua liberação.

Ao retornar para a ESF, E. foi atendido pelo clínico que substituiu sua médica⁴⁵ de referência em agosto, setembro e novembro desse ano, sendo registrado no prontuário apenas que a medicação foi renovada. Em agosto, constava a informação da prescrição da quetiapina. Nos outros meses, não havia esse registro.

Em 24/02/15, E. retornou a ESF e foi atendido pela sua médica de referência, que registrou como suas queixas: a vontade de matar alguém; depressão, embora estável; uma pneumonia recente, com acentuada perda de peso; e, por fim, que estava em processo de separação.

⁴² Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos.

⁴³ Depressão pós-esquizofrênica.

⁴⁴ Segundo a psiquiatra, este medicamento chegava a custar em 2015 cerca de R\$300,00 a caixa. O usuário poderia necessitar de 3 caixas/mês.

⁴⁵ Médica da ESF estava de licença maternidade no segundo semestre de 2014.

Houve, também, o registro de uma internação por 40 dias em um hospital estadual para tratamento da pneumonia. Ainda em fevereiro, a médica discutiu o caso na reunião de matriciamento do NASF, coordenada pela assistente social e nutricionista da equipe, sendo agendada uma nova consulta com o psiquiatra do NASF. No dia 19 de março aconteceria o atendimento psiquiátrico, mas E. desistiu após esperar cerca de três horas para ser atendido.

Ao final da entrevista que realizamos com o usuário em maio, a médica pediu para que discutíssemos o caso com ela e, novamente, agendou os atendimentos psiquiátrico e psicológico do NASF para E. Nesta ocasião, ele queixava-se de estar com a “*cabeça muito ruim*”, ver “*vultos pretos*”, ter insônia, quando conseguia dormir pedia socorro, não ter prazer na vida, não ter condições de trabalhar, não conseguir sequer andar de bicicleta (quando antes dirigia caminhão), estar com os “*nervos acabados*” e estar muito magro (“*pesava 75kg, hoje não peso nem 50*”). Os atendimentos aconteceriam em junho, mas não soubemos se ocorreram de fato. Em novembro de 2015, quando retornamos à unidade para discussão parcial dos achados da pesquisa, soubemos que em outubro o usuário foi pela última vez ao posto de saúde e pediu para copiar seu prontuário, pois estava em processo de mudança para outro município.

3.2 Relação Trabalho, Saúde e Adoecimento Mental

3.2.1 Na perspectiva do usuário

A possível relação entre o trabalho de E. e seu processo de adoecimento apareceu logo no início da entrevista e, também, nos diversos relatos dos seus atendimentos nos serviços de saúde no SUS. Quando perguntado sobre quando buscou um serviço de saúde e o que sentia, ele associou seus sintomas de adoecimento mental ao trabalho como vigilante de carro forte: “*Sempre naquela adrenalina, que eles falam, que a gente não sabia, a qualquer momento quem ia dar pulão (chegar para roubar e atirar) na gente. Estava exposto a isso.*”

A principal tarefa de trabalho de E. era entregar e recolher o dinheiro das agências bancárias, conforme os pedidos gerenciais, transportando-o dos estabelecimentos para o cofre da empresa e vice-versa. A equipe de trabalho no carro-forte era composta por quatro vigilantes; um na função de motorista; outro que carregava os malotes de dinheiro; e dois que

faziam a cobertura, ou seja, a proteção ao que carregava o dinheiro e ao dinheiro em si. Em caso de assalto e/ou ameaças, era os que estivessem na cobertura que deveriam reagir em primeiro lugar. Esta era a função específica de E. – “*o segurança do homem que carregava o dinheiro*”.

Ele relatou que começava a trabalhar às 7 horas e “*não tinha hora pra largar. Muitas vezes saía às 21 horas. Enquanto tivesse serviço pra fazer, não podia deixar para outro dia não.*” Normalmente, ele tinha uma folga por semana, exceto na época de natal, quando o serviço aumentava. Como eram poucos carros-fortes, ele afirmou ser comum trabalharem sem folga e realizarem muitas horas extras, diariamente. Além dessa carga horária, E. relatou que o caminhão estava sempre quente, pois não possuía janela por questão de segurança e o climatizador estragava no decorrer do dia, soltando ar quente no interior do veículo. A sensação de calor era ainda mais acentuada devido ao uso obrigatório de macacão, colete e bota. “*Nessa época, comecei a entrar em depressão, adoecer, cabeça ruim*”, afirmou sem precisar, mas deixando claro que desde o início desse trabalho esteve exposto a essas condições e, com o tempo, passou a se sentir mal, embora não tenha procurado ajuda especializada assim que os primeiros sintomas apareceram.

O quadro de tensão aumentou quando sua chefia imediata forneceu-lhe uma arma com a numeração raspada, o que em si, configurava um crime. Ele não explicou os motivos dessa ação por parte da empresa. Possivelmente, E. foi um dos escolhidos para usar essa arma, por ter a confiança de um dos donos da empresa que o promoveu para o cargo, após ter apreciado seu trabalho como vigilante de pátio. E. relatou ter ficado cerca de três meses com a arma raspada. Nesse período, ficou muito tenso com a possibilidade de ocorrer um assalto, ter que reagir usando uma arma irregular e ser incriminado pela polícia. A tensão não era só pelos possíveis bandidos que poderiam atacar a equipe, mas, também, pela polícia que em blitz rotineiras ou em possíveis investigações de assaltos poderia descobrir que ele estava cometendo um crime. O medo da polícia era constante por três motivos. Além da arma raspada, os vigilantes carregavam notas fiscais “*frias*”, isto é, as notas tinham valores superiores aos valores reais em que eram abastecidos os caixas dos bancos⁴⁶. E, ainda, tinha a tensão de, ocorrendo o assalto, ser considerado cúmplice dos bandidos. Ele relatou:

⁴⁶ Em junho de 2015, foi noticiada por jornais de grande circulação a prisão de alguns dos donos dessa empresa pela polícia federal, num inquérito sobre as tais “*notas frias*”. A estimativa era de que essa empresa havia, ao longo de alguns anos de operação, lesado o Banco do Brasil em R\$22 milhões, a Caixa Econômica Federal em R\$13 milhões e as casas lotéricas de Belo Horizonte em R\$8 milhões.

É assim, se tivesse um assalto e eu sobrevivesse ao assalto, eu tinha de explicar para polícia porque eu sobrevivi, entendeu? Nós tava três, motorista e dois coberturas, lá fora. Se um de nós sobreviver, até explicar que a gente era inocente, o pau ia comer, sem dó.

Perguntado sobre o que era mais difícil no seu trabalho, ele respondeu: *“Era saber que a gente tava trabalhando errado, saber que tava trabalhando com nota fria. E se a polícia federal pegasse? A gente podia ser preso. Era uma tensão a mais”*.

Em meio a essas condições, em setembro de 2010, ocorreu um grande assalto ao cofre dessa empresa de vigilância, considerado na época, um dos maiores assaltos acontecidos no Brasil.⁴⁷ E. e outros colegas estavam chegando à sede, quando o porteiro os mandou entrar. Ao entrarem, eles viram que assaltantes haviam rendido os que estavam lá e pedido para todos jogarem seus celulares para os lados e deitarem-se no chão. O gerente e o chefe da vigilância também estavam presentes. O grupo de assaltantes havia sequestrado a esposa e o filho/criança de um deles, mantendo-os em um sítio. Os criminosos usaram durante o assalto um vídeo, no qual os reféns pediam socorro. Segundo E. – *“Eles falaram: ‘Não reagem, senão eles vão sofrer’”*. Às vezes, os assaltantes ameaçaram matar os que estavam ali, o que para E. – *“Era só para botar medo. A gente tava quietinho. Sabiam que a gente era trabalhador.”* Havia vários assaltantes. E. lembrou-se que pelo menos um deles ficou vigiando a portaria e que o evento deve ter durado entre 30 a 40 minutos. O cofre foi aberto e os criminosos conseguiram roubar 45 milhões de reais. E. afirmou: *“Não tinha nem como reagir. As armas deles eram pesadas. As nossas eram PT e 12. Os assaltantes tinham fuzil e metralhadora. Não tinha como reagir.”* Depois dos depoimentos à polícia, a chefia que também havia sido vítima, recomendou que ninguém falasse nada – *“Silêncio total. A gente não podia comentar nada. A única coisa a dizer era que a polícia estava na cola dos bandidos”*. Depois da orientação, a chefia solicitou que todos fossem trabalhar. Tarefa negada pelos funcionários que vivenciaram o evento – *“Ninguém vai trabalhar hoje”*. Segundo o relato de E., não foram oferecidos suportes médico e psicológico aos trabalhadores em nenhum momento.

⁴⁷ Dadas às proporções do assalto, tanto pelo volume roubado, quanto pela violência, principalmente, psicológica envolvida, este evento foi amplamente divulgado nas mídias televisivas, impressas e eletrônicas da época. Em uma rápida pesquisa no Google encontramos no mês de novembro de 2015 cerca de 167.000 resultados com o nome da empresa, em 0,58 segundos. A maioria das notícias contidas nas primeiras páginas era de 2014 e tratava do assalto e das investigações da polícia que suspeitava que alguns empregados da empresa tivessem fornecido informações para os assaltantes, como o horário de abertura do cofre, dentre outras. Ressalta-se que a descrição do evento nessas mídias conferia com o que foi relatado pelo usuário. Nessa pesquisa também descobrimos a investigação das notas frias da empresa pela polícia federal em 2015, matérias do sindicato dos vigilantes expondo as condições de trabalho, além de notícias do Ministério Público do Trabalho e do Tribunal Regional do Trabalho sobre processos envolvendo questões trabalhistas dessa empresa, datados de 2014 e 2015.

Nos meses que se seguiram ao assalto, E. afirmou ter ficado sem coragem para ir trabalhar. A insônia piorou, sentia muito medo, a sensação de estar sendo perseguido aumentou e ele começou a beber para ir ao trabalho. Segue seu relato:

Nos outros dias, foi aquele tormento para gente. Medo de entrar na empresa e acontecer o mesmo... Eu estava horrível. Comecei a beber. Para entrar no serviço, tomava cerveja e cachaça. Dava força, coragem. Vou falar para senhora, daí para pior. Não era só eu. Ninguém passava coragem pra ninguém.

Questionado sobre essa prática, E. afirmou ter sido pontual. Na sua época de ativa, os colegas falavam que beber ajudava:

Teve colegas que falou: 'Deixa de ser bobo, toma uma. Não pode é vacilar dentro da empresa'... Vou dizer uma coisa pra senhora, tinha colegas que compravam litro de vinho e punham no carro-forte. Outros levavam garrafa descartável e enchiam de cerveja. O problema da bebida era com todos. Até o motorista bebia.

Nos meses que sucederam ao assalto, E. manteve o hábito de passar em um boteco perto de sua casa, às 5 horas, tomar uma cerveja, um copo de pinga e encher o bolso de bala para disfarçar o hálito. O encarregado percebeu o que estava ocorrendo e conversou com ele. E. prometeu não mais beber, o que não conseguiu cumprir. Questionado se houve nessa época um encaminhamento para algum serviço de saúde, ele respondeu: “*Eu ficava sozinho. Tinha que se virar. Sempre sentia inseguro.*” E. relatou ter tentado trabalhar com outras equipes que ele sabia que não faziam uso de bebida alcoólica. No entanto, após o assalto, não havia mais equipes fixas de trabalho. A cada dia ele trabalhava com colegas diferentes, sem possibilidade de escolha. Este fato ajudou a piorar sua situação. E. relatou que antes do assalto havia brincadeiras entre eles – “*Era melhor quando tinha brincadeira, do que quando todo mundo ficava quietinho.*” Também realizavam reuniões para churrasco – “*Acabou esse prazer.*” E. percebeu que, quando passava o efeito do álcool, sentia uma confusão na cabeça, o medo aumentava e a coragem passava – “*Era horrível...*”. Outros colegas também adoeceram por conta da depressão. Segundo E., um desses adoecidos foi o colega que trabalhava como porteiro no dia do assalto. Assim, cinco meses após o assalto, E. procurou ajuda médica, pelo convênio, conforme exposto acima.

Sobre sua trajetória profissional, E. relatou ter começado a trabalhar aos 14 anos como cobrador de ônibus. Depois ele trabalhou alguns anos como servente de pedreiro, período a que se referiu como seu “*maior erro, senão já teria tempo para me aposentar*”. Quando ele retornou para o mercado formal, teve vários empregos como ajudante de limpeza, porteiro de empresa, vigilante de pátio e, por fim, vigilante de carro-forte. Ele relatou, ainda, que foi promovido para esta última ocupação, após vigiar a casa de um dos donos da empresa de carro-forte, no período de natal e ano novo. “*Ele achou graça em mim. Falei que meu sonho*

era o carro-forte. *Ele me promoveu.*” E. afirmou que a empresa tratava melhor os vigilantes de carro-forte. O salário era melhor e não era atrasado, o que o motivou a desejar este posto:

Dobrou meu salário. Fiz inveja em muita gente, que já tava no patrimonial e outros que estavam no carro-forte há seis meses e, ainda, ganhando como patrimonial. Eu, em dois meses, fui promovido e comecei a ganhar como carro-forte. Os colegas não gostaram. Mas, foram ordens lá de cima.

Seu salário na época chegava a R\$2.500,00, com as horas extras. Considerando que o salário mínimo, em 2006, quando iniciou nesta ocupação era de R\$350,00 e o fato de E. possuir apenas ensino fundamental incompleto, essa promoção teve grande impacto em sua vida e na de sua família. Na data da entrevista ele relatou receber, pelo INSS, R\$1.363,00⁴⁸.

Sobre seu último trabalho, E. afirmou: *“Eu gostava do que fazia, mas, era sofrido. Não sabia se ia voltar pra casa. Trabalhava com revólver 38 e os bandidos com armas mais pesadas...”*.

Quando questionado sobre seu atual estado de saúde, ele afirmou: *“Hoje, eu não tenho condições nenhuma de voltar a trabalhar. Eu não consigo andar nem de bicicleta mais. Dirigia caminhão. Hoje, não tenho condições. Um menino de 10 anos me bate. Meus nervos acabaram.”* Relatou ainda, ficar com a cabeça muito ruim, explicando após um silêncio – *“Fico sem prazer na minha vida. (silêncio)”*. Sobre as possibilidades de melhora, E. afirmou que ficaria melhor se soubesse que não teria mais de trabalhar – *“É possível, se eu souber que não vou ter que trabalhar mais. Acho que consigo controlar os remédios.”* Nessa ocasião, era uma irmã que administrava seus medicamentos. Ele reafirmou: *“Para mim, o melhor mesmo é se eu aposentasse”*, e solicitou à entrevistadora que relatasse o que ele havia lhe falado – *“Se a senhora colocar o que a gente conversou, me ajudaria (a se aposentar)”*.

3.2.2 Na perspectiva dos profissionais

Sobre a percepção dos profissionais com os quais E. teve contato em seu percurso no SUS, acerca da possível relação entre seu trabalho e seu processo de saúde e doença, as mais atentas a essa questão foram a psiquiatra do CAPS e a médica da ESF. Estas, também, foram as que

⁴⁸ Se compararmos, em 2006, E. ganhava cerca de sete salários mínimos da época, considerando o valor com as horas extras habituais. Em 2015, com o auxílio doença relatado, não chegava a ganhar dois salários mínimos, considerando que neste ano o salário mínimo era R\$788,00.

mais atenderam este usuário. Segundo os registros dos prontuários no período pesquisado, cada uma teve oito atendimentos com ele⁴⁹.

A médica da ESF escolheu o caso, exatamente por observar a existência de uma relação entre seu adoecimento mental e o assalto ocorrido na empresa, almejando compreender melhor o que tinha acontecido e como essa relação poderia ser estabelecida:

O que percebo é que ele tinha uma depressão. Piorou muito depois do assalto. Ele mudou muito. Começou a escutar vozes, ficar agressivo... Tinha casos de depressão na família, mas, não tinha sintomas psicóticos. Até o assalto, não tinha sido afastado pelo INSS (Médica da ESF).

Quando questionada sobre o diagnóstico do usuário, esta médica afirmou:

Eu não sei se ele passou por isso ou absorveu do que aconteceu com colegas. (O psiquiatra do NASF) na época, colocou reação aguda ao estresse. Eu acho que poderia ser, mas, o psiquiatra que vai dizer (...) Acho que teve estresse pós-traumático e que este desencadeou alguma coisa mais grave, mas, não tenho segurança para afirmar qual CID (Médica da ESF).

Esta médica, que também tinha formação como médica do trabalho, reconheceu que era importante para o usuário ter um diagnóstico estabelecido e a relação com seu trabalho evidenciada, principalmente, porque o ajudaria nas questões trabalhistas e previdenciárias. Sobre as perspectivas de E. retornar ao trabalho, afirmou: “*Para voltar para seu trabalho, acho difícil. Para outra (ocupação), é preciso avaliar. Seria importante perguntar para ele, o que ele poderia fazer. Não sei como funciona a reabilitação do INSS.*”

A psiquiatra do CAPS, ao ser questionada sobre o lugar do trabalho no processo de saúde-doença desse usuário, afirmou perceber, claramente, sua importância na construção/desconstrução de sua subjetividade e de suas relações sociais:

Eu acho que o trabalho é muito importante para ele. Ele se sentia importante com o que fazia. Ele tinha um cargo que fazia com que na comunidade dele tivesse um status. Ele tinha convênio. Tinha uma outra remuneração do que seus vizinhos, sua comunidade. Quando acontece esse evento, e, ele não tem mais condição de trabalhar e fica nisso, tudo isso se desfaz. Com a perda do trabalho, vem a perda do status, do lugar na família, do lugar na casa como provedor, até isso desmorona com o desmoronamento do trabalho. Acho que ele como pessoa se desconstruiu. Ele estava, de certa forma, ancorado nisso. Ele me trazia isso. Antes existia uma pessoa, existiam coisas. Ele fazia coisas e depois vem o nada (Psiquiatra do CAPS).

Embora durante o acompanhamento essa psiquiatra tenha ficado em dúvida⁵⁰ quanto ao diagnóstico do usuário, na entrevista ela relatou ser um caso de estresse pós-traumático, com evolução para esquizofrenia paranoide:

Tirando os sintomas de humor, que melhoraram um pouco, preenchia todos os critérios (para esquizofrenia paranoide): delírio paranoide, alucinação auditiva, afeto embotado, (inaudível) persecutório... Ele teve um

⁴⁹ No prontuário do usuário junto à ESF havia o registro de 11 atendimentos médicos entre 30/11/11 e maio de 2015, sendo que três desses foram realizados pelo médico que substituiu a titular em seu período de licença maternidade. Conhecemos esse médico, que nos deu uma entrevista em junho de 2015, mas não se lembrou de E., que atendera quase um ano antes, entre agosto e novembro de 2014.

⁵⁰ Apresentou três possibilidades diagnósticas na contrarreferência: F33.3, F31.5 e F20.0. No prontuário do CAPS, também, apareceu F20.4.

evento muito marcante, parecia estresse pós-traumático: a revivência do trauma, as vivências, mas, é abolido por outra sintomatologia. Tinha sintomas de humor importantes. Mas, na verdade ele não tentava suicídio porque estava deprimido. Ele tentava suicídio porque as vozes mandavam. Ficou mais claro esse componente (Psiquiatra do CAPS).

Questionada sobre a idade do usuário para o desenvolvimento de uma esquizofrenia, ela esclareceu que haveria dois picos para o início da doença: um no final da adolescência/início da vida adulta e outro na 4ª década de vida. Também considerou possível o quadro de estresse pós-traumático contribuir para o desenvolvimento de uma patologia maior. Ela relatou sua experiência em um país estrangeiro, em que vários cientistas estudavam a relação entre o estresse pós-traumático e o desenvolvimento de psicose em soldados, participantes de guerras, dada a frequência desse quadro no referido país:

A gente nunca sabe o quanto a gente está na corda bamba. A gente não sabe qual o nível estressor suficiente para que a gente conheça uma outra realidade de nós mesmos. A corda bamba dele estava lá. É possível, sim, do estresse pós-traumático desencadear uma psicose (Psiquiatra do CAPS).

Sobre as indicações terapêuticas, essa psiquiatra reconheceu, novamente, a importância do trabalho na vida de E. e a necessidade de envolvê-lo em alguma atividade. Ela acreditava que, dadas às dificuldades de um homem com mais de 50 anos, com histórico de internações psiquiátricas e afastado do trabalho havia quatro anos, seria complicado reinseri-lo no mercado formal cada vez mais seletivo. Nesse caso, talvez o melhor fosse que E. trabalhasse com atividades informais. Assim, essas atividades poderiam preencher em alguma medida a lacuna que E. sentia, para além da sua questão previdenciária. Para este fim, a psiquiatra ponderou que a terapia ocupacional seria mais apropriada do que a psicologia – “*para reabilitá-lo para alguma coisa. Porque eu sentia que a vida dele era um vazio, sem a questão do trabalho*”.

Os demais profissionais, quando questionados sobre o lugar do trabalho no processo de saúde e adoecimento desse usuário, trouxeram vários elementos, por vezes ambíguos, em que ressaltavam a positividade do trabalho, ao relatarem o quanto sua ociosidade o fazia sofrer, de acordo com a enfermeira da ESF e a psicóloga de apoio do NASF. No entanto, observamos algumas dificuldades nos profissionais para perceberem os impactos negativos que aquela atividade laboral poderia ter tido no usuário. Tanto a enfermeira da ESF, quanto a psicóloga de apoio do NASF relataram acreditar que o trabalho como vigilante poderia ter tido um efeito desencadeador ou exacerbador do adoecimento mental de E., sendo coadjuvante nesse

processo, principalmente, por este envolver sintomas psicóticos⁵¹. A enfermeira, que afirmou ter tido pouco contato com o usuário, considerou que ele falava muito de seu trabalho e pouco de si, como se percebesse uma dicotomia entre essas questões. Já a psicóloga que o atendeu duas vezes, relatou não ter tido tempo para construir uma análise do caso, tendo dúvidas se o assalto realmente tinha acontecido ou se era alguma criação do seu quadro patológico. Como na época estavam ocorrendo muitos assaltos a carros-fortes no Brasil, com ampla divulgação pela mídia, ela relatou que seria possível que E. se identificasse com essa situação e ficasse assustado, por ter o mesmo trabalho. Segundo essa psicóloga, talvez E. se sentisse muito cobrado, ou poderia ser algum estresse do trabalho ou, quem sabe, ele estivesse adoecido e as vivências no trabalho tivessem piorado seu quadro. Com isso, pareceu-nos que ela creditava o desenvolvimento do seu adoecimento mental a uma dinâmica psíquica autônoma das suas relações sociais.

A psicóloga do NASF que também atendeu E. por duas vezes, sendo uma delas em 2012, no que se referiu às questões de seu trabalho, lembrou-se, apenas, do sofrimento advindo da ociosidade, não se recordando do trabalho envolvido, nem de suas possíveis questões. No prontuário, havia uma anotação sintética de um atendimento, ressaltando que era um caso para atendimento sistemático, com o encaminhamento para psicologia de apoio do NASF.

A terceira psicóloga que apareceu nesse percurso, a do CAPS, atendeu E. quatro vezes. Em uma breve entrevista baseada em suas anotações no prontuário do usuário, ela relatou que o usuário apresentava queixas de sintomas, sem demanda para a psicologia. Ela não se referiu às questões relativas ao seu trabalho. Pareceu-lhe que as questões conjugais tinham um peso maior, tendo o usuário dificuldade de elaborar o impacto de seu adoecimento na relação com a esposa, que teria começado a trabalhar para complementar o salário do marido que diminuía. Com este dado, indiretamente, a psicóloga indicou que o afastamento de E. do trabalho, com as repercussões salariais envolvidas nesse processo, afetava sua vida conjugal. Ainda chamou-nos a atenção que no registro do quarto e último atendimento psicológico nessa unidade havia uma anotação do desejo manifesto do usuário em *“ter um bico, mas, não dá conta. Sentimento de menos valia por não estar trabalhando”*, sem apontamentos de como esta questão foi ou seria trabalhada no acompanhamento.

⁵¹Ainda assim, conforme a Classificação de Schilling, proposta na publicação “Doenças relacionadas ao Trabalho: Manual de Procedimentos para Serviços de Saúde”, seria considerada uma doença relacionada ao trabalho – Grupo 3, isto é, o trabalho como provocador de um distúrbio latente ou agravador de doença já estabelecida (Brasil, 2001a).

Outro profissional que apareceu na trajetória de E. pelo SUS foi o psiquiatra do NASF, que o atendeu, possivelmente,⁵² quatro vezes, sendo o principal suporte especializado à equipe da ESF para a condução desse caso. No entanto, ele negou-se a participar desta pesquisa. As informações que coletamos sobre os atendimentos prestados advêm dos seus parcos registros no prontuário do usuário. Observamos que na primeira avaliação realizada por ele, em fevereiro de 2012, houve o levantamento sintético do histórico profissional de E. e o registro de algumas condições de trabalho, como a falta de ar no carro-forte, o risco das viagens e o clima de desconfiança e vigilância da empresa em relação aos funcionários. Esse psiquiatra chegou a pensar na possibilidade do usuário ter desenvolvido um quadro de estresse pós-traumático⁵³. Mas preferiu firmar os diagnósticos de F33.3 e F43.0⁵⁴, conforme anteriormente relatado. Ao afirmar esta última CID, pareceu-nos reconhecer que houve um trauma, ao qual E. pudesse estar reagindo. No entanto, ainda que na avaliação inicial do usuário essas informações sobre algumas questões relacionadas ao seu trabalho tivessem sido registradas, não havia apontamentos de como elas foram ou seriam tratadas. Os relatos dos outros dois atendimentos resumiam-se a breves descrições de sintomas e medicamentos, permanecendo a CID F33.3.

3.3 Redes de Atenção à Saúde do SUS

3.3.1 Na perspectiva do usuário

A entrada de E. no SUS se deu pela porta principal, a APS, cuja equipe procurou ordenar seus cuidados em saúde, conforme a proposta do sistema. Embora tenha avaliado positivamente os serviços e profissionais acessados pelo sistema público, pareceu-nos que E. não confiava, fundamentalmente, em todos esses serviços, pois enquanto pôde, utilizou

⁵² Possivelmente porque não temos certeza se o 4º atendimento agendado para junho de 2015 aconteceu.

⁵³ Havia um F43.1 riscado nessa parte do prontuário.

⁵⁴ Acreditamos ser inapropriada a definição de uma reação aguda ao estresse a um evento que acontecera havia mais de um ano, na ocasião dessa consulta. O “DSM-IV-TR – Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais” preconiza esta CID para eventos ocorridos, dentro de um mês, como uma reação de adaptação que pode ocorrer com qualquer pessoa que sofra ou testemunhe um sério atentado à sua integridade física. Após esse prazo, o diagnóstico mais apropriado seria o F43.1, ou seja, estado de estresse pós traumático (APA, 2002).

também os conveniados. Nesse período, não sabemos todos os usos que fez dos serviços do plano de saúde, visto que, a nós, ele relatou apenas as internações psiquiátricas e o atendimento psicológico. Além disso, tomamos conhecimento de uma internação para tratamento de uma úlcera gástrica, conforme o registro de seu prontuário.

Sobre as internações psiquiátricas, observamos que dentre as seis relatadas e/ou registradas em seus prontuários, quatro ocorreram quando ele já estava no SUS, sendo que, em abril de 2012, ele teria um retorno com o psiquiatra do NASF, mas procurou uma clínica psiquiátrica conveniada. Ademais, em fevereiro de 2014, após nove dias da consulta psiquiátrica do NASF, ele foi internado novamente em uma clínica psiquiátrica, possivelmente, tendo que arcar com todos os custos dessa, visto que havia perdido o seu plano de saúde no mês anterior. Quando questionado sobre essas internações, E. afirmou que sempre as procurou espontaneamente e que, até então, não conhecia o CAPS. Quando comparou os dois sistemas, afirmou: *“O CAPS é melhor, pelo tratamento. O CAPS foi excelente, o atendimento. A médica me tratava com muito mais carinho. Eu achava que não ia conseguir, começava a chorar e a médica dizia: ‘Nós vamos aguentar sim’.”*

No geral, E. avaliou que o atendimento no SUS era melhor que no convênio – *“no SUS tratam com mais carinho, conversam, perguntam como estou”*. Entretanto, havia alguma contradição nessa avaliação, pois se o atendimento no sistema público era melhor do que o conveniado, por que ele procurava constantemente este último? Não o questionamos diretamente sobre esse ponto, pois apenas durante o período de análise dos dados esse movimento foi evidenciado. Observamos uma dificuldade desse usuário em formular uma crítica aos serviços prestados pelo SUS, deixando-nos algumas pistas. Quando perguntado sobre as possibilidades de tratamento, era ao CAPS que desejava retornar, principalmente, pela relação que estabeleceu com a psiquiatra, já que nessa unidade foi mais regular nos atendimentos psiquiátricos. É importante ressaltar que houve oito atendimentos psiquiátricos no CAPS, em um período de quatro meses e, possivelmente, quatro com o psiquiatra do NASF, em um período de quatro anos, sendo que E. desistiu de um atendimento, após esperar três horas. Destacamos, também, que o intervalo entre a primeira e a segunda avaliação psiquiátrica do NASF, neste caso, foi de 2 anos. Obviamente, apenas a quantidade de atendimentos não fundamentaria uma escolha. Com base nos dados levantados, pareceu-nos que possam ter sido a regularidade e a confiança construída na relação com a psiquiatra do CAPS, a qual compreendia a importância das questões do trabalho em sua vida, os elementos-chaves para embasar o seu desejo de retornar a essa unidade.

Sobre os atendimentos psicológicos, E. relatou, a princípio, terem ocorrido apenas pelo convênio particular. Depois ele afirmou que compareceu a uma consulta psicológica em outra unidade, agendada pelo ESF, mas teria perdido a hora do retorno e não tentou remarcar – “*o relógio despertou, mas tem dia que a gente não consegue levantar*”. Ele não explicitou os motivos de não remarcar o atendimento. No entanto, ao final da entrevista, ao ser perguntado se os profissionais do SUS escutaram suas questões sobre o trabalho, ele afirmou: “*assim como a senhora, não. Perguntaram só qual era a minha profissão.*” Sobre o atendimento psicológico, relatou que “*a psicóloga só perguntava o que estava acontecendo comigo, que eu tava chorando muito. Não aguentava falar cinco minutos e chorava*”. Ele deixou claro que nesses atendimentos não foram oferecidos espaços de elaboração de suas vivências do trabalho. E. também sentia falta de um relatório mais fundamentado a respeito dessas questões, que o auxiliaria em sua relação com a previdência social. Isso ficou evidente quando solicitou à entrevistadora que fizesse um, baseado na entrevista realizada.

3.3.2 Na perspectiva dos profissionais

Ainda que as questões sobre o trabalho de E. tenham sido frequentes nos registros dos atendimentos prestados no SUS, durante as entrevistas realizadas com os técnicos que o atenderam e, no seu próprio relato, a maior parte desses profissionais apresentou dificuldades para lidar com essas questões, tratando-as, geralmente, como parte de suas queixas, não como uma categoria de análise e intervenção visando à saúde desse trabalhador.

Conforme anteriormente exposto, a médica-referência da ESF e a psiquiatra do CAPS foram as que mais demonstraram perceber que o trabalho tinha para esse usuário uma importância fundamental, quer fosse para lidar com sua questão previdenciária, quer para a construção/desconstrução/reconstrução de sua identidade, sendo que, principalmente para a psiquiatra, essas questões estavam interligadas. Observamos que faltava a médica da ESF um suporte técnico especializado para desenvolver melhor sua visão e a condução clínica do caso. Essa médica afirmou: “*Conheço as medicações, mas, tenho dificuldades para fechar diagnóstico e relatar para INSS. Mantenho os CIDs do psiquiatra. Sou clínica geral. Fazer um diagnóstico, tenho receio de rotular. Falta um conhecimento mais técnico...*”. Ela procurou este suporte, principalmente, com o psiquiatra do NASF, participando da primeira

avaliação psiquiátrica de E. realizada por ele em fevereiro de 2012. Relatou-nos que costumava acompanhar o atendimento do psiquiatra para aprender e depois ter mais segurança na condução. Entretanto, ela contou que sua agenda passou a ficar lotada todos os dias e, assim, não conseguiu mais realizar esses atendimentos compartilhados. Este suporte poderia, também, ter vindo dos outros membros da equipe do NASF, como das duas psicólogas que atenderam esse usuário. Porém, pelo que observamos não houve momentos de discussão desse caso entre essas profissionais e da ESF, visto que a dupla de referência do NASF para a equipe era uma assistente social e uma nutricionista. Outros profissionais que poderiam ter contribuído com a condução do caso seriam os do CAPS, no próprio processo de referência/contrarreferência, se tivesse ocorrido uma construção e discussão coletiva do caso, o que não aconteceu. Outra possibilidade, ainda, seria contar com o apoio do CEREST, visto que o caso envolvia, diretamente, a relação trabalho-saúde-adoecimento, conforme evidenciado pelo relato do usuário. Contudo, a ESF desconhecia, até então, o trabalho de assistência realizado pelo CEREST, que não esteve nessa unidade durante os 4 anos⁵⁵ de configuração dessa equipe nesse território.

A psiquiatra do CAPS se preocupou com a multiplicidade de diagnósticos e medicamentos que E. teve no seu percurso como um todo, nos sistemas público e privado. Ela atribuiu isso à falta de uma equipe de referência que o acompanhasse nessa trajetória, dificultada pelo uso concomitante dos dois sistemas por parte do usuário. Ela o manteve em atendimento ambulatorial por quatro meses, com encontros semanais no início do tratamento, em seguida, quinzenais e, por fim, mensais. Ela mesma ficou em dúvida quanto ao seu diagnóstico, apresentando no prontuário do usuário as quatro possibilidades anteriormente citadas⁵⁶. A psiquiatra relatou que o foco do seu acompanhamento foi a estabilização dos sintomas via medicamentos, dedicando-se a conseguir aquele que a irmã do usuário havia sugerido, que oferecia melhor resposta – *“Antipsicótico moderno, é essa a luz. Na minha parte, com farmacologia, como eu podia ajudar, eu fiz isso.”* Conforme anteriormente relatado, ela preencheu os formulários necessários três vezes, porque E. não conseguiu protocolar na SES os dois primeiros. Segundo a psiquiatra, a dificuldade do usuário em dar sequência ao protocolo poderia ter advindo dos próprios sintomas depressivos, que dificultavam seu movimento e, ainda, seria agravada pela falta de suporte familiar. A psiquiatra ressaltou que

⁵⁵ Em 2015 quando realizamos a coleta, a médica da ESF estava há 4 anos na equipe, a enfermeira há 2 anos e os 4 ACS, em média, de 7 a 8 anos.

⁵⁶ F33.3, F31.5, F20.4 e F20.0.

E. sempre estava sozinho. Ela sentiu falta da interlocução com sua família durante o acompanhamento – *“Ele ia sozinho. Era emblemático essa desconstrução da família. A maioria dos pacientes vão acompanhados, trazem alguma coisa e ele não tinha nada. Sentia falta de ter alguém para conversar, para saber dele.”*

Outra questão apontada pela psiquiatra referia-se ao momento da contrarreferência para a APS. Ela relatou que, em média, o usuário permanecia no CAPS de um a dois meses. Portanto, quando o protocolo da quetiapina foi aceito, havendo remissão de alguns sintomas psicóticos, melhora de humor, a medicação organizada, escrita do relatório para o INSS e estando o usuário em atendimento mensal ambulatorial, a psiquiatra considerou que era a hora de E. retornar para o acompanhamento pela ESF/NASF, após o dobro do tempo médio de estada de usuários no CAPS. O momento da decisão sobre a contrarreferência foi apontado por ela como um *“dilema”*, em uma rede que considerou estar, ainda, em construção, com uma relação que admitiu tensionada entre os pontos de atenção, muitas vezes, devido à falta de profissional médico, principalmente, psiquiatra na rede como um todo, ainda mais na APS⁵⁷: *“O profissional do nível secundário, ele fica nesse dilema. A cada dia chegam dois, três casos graves. Então, tem que sair pacientes. Ficava insegura se haveria médico para renovar uma receita (na APS).”*

Essa escassez de psiquiatras na rede foi relatada, também, como uma dificuldade pela equipe do NASF, que afirmou nunca ter conseguido manter consultas psiquiátricas mensais em casos até mais graves do que o de E., exatamente, pela ausência ou redução do horário desse profissional na equipe.⁵⁸

Ainda sobre o processo de contrarreferência, a psiquiatra do CAPS não se lembrou do processo, para além do relatório formal que escreveu. Ela relatou que ficava a cargo do técnico-referência, neste caso, a psicóloga que acolheu o usuário, discutir com a equipe da APS. Entretanto, a psiquiatra afirmou que essas reuniões para discussão dos casos no território do usuário com sua equipe de referência estavam começando naquele ano, indicando que poderiam não ter acontecido. De fato, segundo as informações dos profissionais da APS,

⁵⁷ Essa psiquiatra relatou-nos que no distrito sanitário em questão, toda a APS contava com dois psiquiatras: o do NASF, que também atendia em duas UBS e outro que atuava em uma UBS, mas estava de licença médica havia muitos meses.

⁵⁸ Foi-nos relatado por vários profissionais do NASF que o psiquiatra da equipe, por estar lotado, também, em outras duas unidades, dedicava cerca de 8 horas por semana ao trabalho no NASF e nunca participava das discussões coletivas. Essa carga horária pequena diante da demanda e a ausência desse profissional nas reuniões foram alvos de muitas reclamações dos demais membros da equipe, nas várias reuniões observadas por nós.

não houve discussão conjunta desse caso, tendo sido a contrarreferência realizada apenas com relatório da psiquiatra.

Outra dificuldade apontada pelas profissionais do CAPS, a psiquiatra e a psicóloga, seria a do usuário em expressar-se e elaborar suas vivências, o que desafiava o trabalho reflexivo necessário para a condução do caso. A psicóloga apontou esta questão no seu prontuário e, em entrevista, a psiquiatra relatou que o usuário estava “*empobrecido*”, do ponto de vista cognitivo, falava pouco e apresentava uma diminuição de pensamento. Ela afirmou: “*Parece que houve um declínio rápido*”. Por esta razão, a psiquiatra, também, pensou na sua indicação para a terapia ocupacional. Entretanto, nessa época havia oficina com este profissional apenas para os usuários que estavam em PD no CAPS e, como vimos, E. não ficou nesse dispositivo, e assim, não teve acesso a este tratamento. Mesmo na APS, ele não teve contato com a terapia ocupacional. A psiquiatra não fez essa indicação na contrarreferência, mas, ainda que tivesse feito, o usuário não teria esse atendimento, pois não havia, nessa época, esse profissional compondo a equipe do NASF de sua região. Quando questionamos a equipe do NASF sobre esse ponto, os profissionais relataram que vários NASF no município não possuíam terapeutas ocupacionais. Eles concordavam com a importância da atuação do terapeuta ocupacional no NASF, mas não havia sequer previsão de quando contariam com um na equipe.

Essa possível dificuldade de elaboração cognitiva do usuário em questão, não foi observada pelas psicólogas do NASF e do seu apoio. Para a psicóloga do NASF “*era mais sofrimento, do que falta de elaboração*”. Para a psicóloga do apoio do NASF havia muita tristeza e abatimento. Durante a entrevista realizada com E. não observamos essa dificuldade no usuário. A riqueza das informações que ele trouxe em cerca de 1h e 30min de gravação sugeria sua capacidade de falar sobre suas questões, sendo estas, diretamente relacionadas ao que o havia afetado, no caso, seu último emprego. Isso faz-nos pensar que foi no momento de crise, período em que esteve no CAPS, que ele apresentou essa dificuldade, talvez como sintoma de seu quadro na época, pelos possíveis efeitos dos medicamentos que ingeria na ocasião e, também, por não ter encontrado um espaço apropriado para falar, ser escutado e ajudado a elaborar as questões que envolviam seu trabalho, sem dicotimizá-las com as demais questões de sua vida.

Por fim, as equipes do NASF e da ESF trouxeram a questão do desconhecimento do apoio que poderiam ter do CEREST no compartilhamento desse caso. “*As instâncias não se comunicam. Você não sabe o quê tem e com quem pode contar*”, afirmaram durante a discussão coletiva da pesquisa, a fisioterapeuta e a pediatra do NASF.

Sobre os acompanhamentos psicológicos, observamos que E. não aderiu aos dois que lhe foram ofertados – o do NASF, via psicóloga de apoio, e o do CAPS, no período que esteve referenciado a esta unidade. Questionamos os profissionais envolvidos acerca dos possíveis motivos para esta não adesão. Para a psicóloga de apoio do NASF, que relatou ter discutido com o NASF para que fosse realizada uma busca ativa do usuário, devido à gravidade do seu quadro, talvez, ele não tivesse interesse pelo tratamento ou poderia ter tido dificuldades em ir sozinho a unidade de atendimento. Ela relatou que ele teve acompanhante, no caso a esposa, apenas no primeiro atendimento. A psicóloga do NASF creditou a não adesão a este acompanhamento à falta de interesse do usuário pela psicologia, argumentando que, sendo ele frequentador regular da unidade com a ESF, poderia ter solicitado o agendamento de nova data. Pareceu a ela, portanto, que E. preferia apenas os remédios ao tratamento psicológico. A psicóloga do CAPS considerou que E. tinha queixa de sintomas, sem demanda para a psicologia. No entanto, ela lembrou-se que uma vez o usuário tinha dito ter receio de perder-se ao regressar para sua casa. Ela também afirmou que, apenas no primeiro dia, ele contou com a companhia de uma familiar, dessa vez, uma irmã.

A enfermeira e a médica da ESF não se lembraram de ter tido um retorno do NASF sobre a não adesão de E. ao tratamento psicológico, não sabendo relatar se houvera busca ativa para este fim. A enfermeira lembrou-se de ter feito uma visita a ele, quando os ACS relataram que ele estava em crise⁵⁹: *“Já fiz visita quando ele surtou. O surto dele é assim: ele entra para dentro de casa, apaga as luzes, não come, não toma banho, não quer falar com ninguém. ‘Eu vou morrer’. Não é uma coisa espalhafatosa”*. Ela ressaltou a gravidade do caso. Ambas as profissionais afirmaram que E. sempre se apresentou de forma tímida. *“Muito simples, é humilde”*, destacou a enfermeira, completando: *“ele nunca tentou ganho secundário. Tem um conhecimento da sua doença. Ele fala quando não está bem. ‘Eu vou pirar’.*” Segundo a médica e a enfermeira, E. não demandou atendimento psicológico em nenhum momento.

3.4 Discussão do caso

*“E sem o seu trabalho
O homem não tem honra
E sem a sua honra
Se morre, se mata...”*

⁵⁹ Conforme relatado na micro área da, então, residência de E., não havia ACS responsável. Portanto, mesmo sendo um caso grave, ele não recebia visitas mensais desse profissional. No entanto, como os ACS moravam na mesma região, eles souberam quando E. entrou em crise e comunicaram o fato à enfermeira.

- Gonzaguinha
(Um homem também chora
– Guerreiro menino)

3.4.1 Relação Trabalho, Saúde Mental e Adoecimento Mental

Acreditamos que a forma mais eficaz para o estabelecimento da relação entre o adoecimento das pessoas e seu trabalho é por meio de uma análise multidisciplinar *in loco* das condições e da organização do trabalho, com a participação efetiva dos trabalhadores que executam as diversas funções que compõem determinada atividade produtiva. Um dos objetivos propostos pela PNST, conforme anteriormente apresentado, foi exatamente o fortalecimento da VISAT, o que pressupõe, dentre outras ações, a “realização da análise da situação de saúde dos trabalhadores” e a “intervenção nos processos e ambientes de trabalho” (Brasil, 2012a). Como uma de suas estratégias, essa política estabeleceu o fortalecimento e a ampliação da articulação intersetorial, o que pode ser feito por meio da “fiscalização conjunta onde houver trabalho em condições insalubres, perigosas e degradantes..., envolvendo os Ministérios do Trabalho e Emprego, da Previdência Social e do Meio Ambiente, o SUS e o Ministério Público”. (Brasil, 2012a). Como E. não foi encaminhado ao CEREST, nem foi solicitada uma vigilância ao seu ambiente de trabalho, a equipe da VISAT não realizou esta tarefa. No entanto, no período de coleta para a elaboração desta pesquisa, tivemos acesso a uma síntese dos relatórios de fiscais do MTE, que realizaram entre os meses de abril e junho de 2012, algumas visitas à empresa onde E. trabalhava. Devido à relevância desse achado, apresentamos a seguir os principais pontos levantados por eles nesses relatórios (MPF, 2014).

A fiscalização do MTE constatou que 115 empregados dessa empresa de vigilância trabalhavam em “situação análoga a escravidão”, tendo sido submetidos a jornadas extenuantes em alguns casos, com duração superior a 24 horas, e a “condições degradantes de trabalho”. Exemplificando essas condições, os fiscais apontaram a grande frequência com que a maioria dos trabalhadores fazia horas extras (cerca de 50 a 80 horas extras mensais), com relato de falta de horário fixo para almoço, tendo os trabalhadores, muitas vezes, realizado suas refeições dentro de veículo em movimento; a ausência de intervalos ou uma organização do trabalho que permitisse o gozo de direitos básicos, como o de ir ao banheiro quando necessário, obrigando-os a usar garrafas pet dentro dos veículos para satisfazer suas necessidades fisiológicas; a degradação das condições de trabalho no interior dos carros-

fortes, com precárias condições térmicas e de conforto, visto que o climatizador geralmente não funcionava e o veículo não tinha ar-condicionado; os bancos eram rasgados (“*no ferro*”); as precárias condições de manutenção dos veículos, com pneus “*carecas*” e problemas nos freios, tendo ocorrido vários acidentes por esse motivo; a pouca ventilação do local destinado à garagem dos carros-fortes, com alta concentração de monóxido de carbono; a existência de apenas dois mictórios para mais de 80 funcionários e a falta de higiene do refeitório, com relato de presença de ratos, em determinada ocasião. Os fiscais também constataram o não cumprimento de direitos trabalhistas, devido o não pagamento como salário do adicional de risco de vida, direito acordado em Convenção Coletiva de Trabalho (CCT). Além disso, verificaram os consequentes reflexos desse adicional sobre as demais parcelas que compõem a remuneração, tais como o adicional de horas extraordinárias, o adicional noturno e, ainda, os reflexos no repouso semanal remunerado nas férias, no 13º salário, dentre outros. Diante desse quadro, os donos dessa empresa foram denunciados pelo Ministério Público Federal em junho de 2014, por crimes de “redução de trabalhadores a condições análogas às de escravo e frustração de direitos trabalhistas” (MPF, 2014).

Embora no período auditado pelo MTE, abril a junho de 2012, E. estivesse afastado da empresa, observamos que a descrição das condições de trabalho que ele vivenciou durante seu período na ativa, entre os anos de 2006 e início de 2011, coincidiu, em muitos pontos, com o que foi relatado pelos fiscais, sendo que estes trouxeram, ainda, mais irregularidades observadas *in loco*. Essa exposição diária a “condições degradantes”, como nomeou o MTE, não teria um efeito cumulativo na capacidade de E. de reagir a elas?

Acreditamos que sim. Como escreveu Le Guillant (2006), para compreendermos a gênese e o desenvolvimento do adoecimento mental seria fundamental observarmos os acontecimentos cotidianos que vão se acumulando “*o quantitativo que vira qualitativo*”:

Os verdadeiros ‘acontecimentos’ são as transformações – às vezes, rápidas, mas quase sempre lentas e inaparentes (para determinados observadores) –, cujo acúmulo desencadeia o ‘fato histórico’, no sentido escolástico da expressão. Em decorrência destas transformações – tecnológicas, materiais, morais, etc., é que os homens se deparam com problemas difíceis que acabam sendo resolvidos ou, no mínimo, simplificados por ocasião das crises. (p.46)

Assim, esse autor defendeu que ao invés de recorrermos a alguma predisposição biológica e/ou psíquica para explicarmos a doença mental, deveríamos procurar “o ‘valor’, o acúmulo e as ressonâncias particulares em determinado caso” (Le Guillant, 2006, p.37). Le Guillant (2006) orientou que é importante resgatarmos a trajetória de vida dos sujeitos, analisando o lugar ocupado pelas condições de vida e de trabalho na construção das histórias singulares. O autor enfatizou, ainda, que nessa construção biográfica, o individual e o social são

constantemente articulados, entrelaçando-se pelos conflitos, pelos entraves e, também, pelas possibilidades de ação dos sujeitos. O foco do profissional de saúde seria compreender os motivos que levaram os sujeitos a adoecerem mentalmente, entendendo esse adoecimento como uma reação às circunstâncias vividas. Desse modo, a condução do tratamento oferecido a esses sujeitos pode ser mais eficaz.

Nessa perspectiva, conhecermos as condições de trabalho dos vigilantes de carro-forte torna-se fundamental para compreendermos o adoecimento mental de E. Além do relatório do MTE sobre a empresa, onde ele trabalhava, tivemos acesso a uma pesquisa sobre as condições de saúde e trabalho de vigilantes patrimoniais e de transporte de valores na Região Metropolitana de Belo Horizonte⁶⁰. Esta pesquisa, realizada durante o ano de 2007, contou com a participação de 1.232 vigilantes, sendo 199 vigilantes de transporte de valores.

De acordo com a pesquisa, os problemas de saúde mais comuns relatados pelos vigilantes, no geral, foram os sintomas depressivos e ansiosos, a hipertensão arterial, os problemas digestivos e gástricos (perda de apetite, alterações de peso, mal-estar gástrico, dores de cabeça, tonturas, diarreias, constipações e gastrites), as varizes e as dores nos pés, pernas, nuca, pescoço e costas. Segundo dados do INSS, as três principais causas de afastamento do trabalho nessa categoria nos anos de 2006 e 2007, foram a depressão, em primeiro lugar, seguida da hipertensão arterial e das cardiopatias. (Vieira, Lima & Lima, 2010).

Sobre as condições de trabalho vivenciadas pelos vigilantes de transporte de valores, a pesquisa apontou, segundo o relato dos trabalhadores: a inadequada ventilação e a manutenção precária dos carros-fortes; o excesso de peso dos malotes com dinheiro e moedas, que pesavam até 50 quilos; o uso de armas ultrapassadas; o número insuficiente de exaustores nos pátios, fechados por medida de segurança, acabava acumulando monóxido de carbono no ar, dificultando a respiração dos presentes nesse ambiente (Vieira, Lima & Lima, 2010).

Quanto à organização do trabalho, os vigilantes queixaram-se dos seguintes aspectos: excesso de horas extras; falta de horário para realizar suas refeições e, mesmo, para ir ao banheiro; falta de repouso semanal e de férias regulares; trocas diárias de equipes e das mudanças nas escalas de trabalho, informadas no final da jornada ou à noite por telefone; não participação no estabelecimento do trajeto a ser percorrido; falta de conhecimento prático do

⁶⁰ Esta pesquisa intitulada “Análise Ergonômica e Psicossocial das Condições de Saúde e Trabalho dos Vigilantes Patrimoniais e do Transporte de Valores” foi fruto de uma parceria firmada entre o Sindicato dos Vigilantes de Minas Gerais, o Ministério Público do Trabalho e pesquisadores, vinculados à Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais e à Universidade Federal de Minas Gerais. Foram realizadas entrevistas em profundidade com vigilantes, observações *in loco* das situações de trabalho, pesquisa documental e pesquisa quantitativa, por meio de um questionário. (Vieira, Lima & Lima, 2010).

programador sobre as distâncias dos locais a serem visitados, o que gerava atrasos e reclamações dos clientes; acréscimo de nova rota durante o percurso, o que fazia com que tivessem de agilizar as tarefas e a velocidade dos traslados, implicando na segurança do trabalho (e dos outros no trânsito); falta de diálogo e da desconfiança generalizada entre gestores e trabalhadores (Vieira, Lima & Lima, 2010).

Como estes profissionais manipulavam muito dinheiro, eles eram vigiados permanentemente e sempre eram considerados os primeiros suspeitos, quando havia qualquer diferença no numerário. A pesquisa descreveu a contradição no fato dos vigilantes serem responsabilizados pelo dinheiro contido nos malotes e nos caixas eletrônicos abastecidos, mas não terem a oportunidade de conferir se os valores estavam corretos, pois os malotes chegavam até eles lacrados (Vieira, Lima & Lima, 2010). Como vimos, no caso E., a própria empresa utilizava-se de notas fiscais “frias” para lesar seus clientes, sem a possibilidade de intervenção dos trabalhadores, visto que a eles não era permitido conferir os valores dos malotes com as notas fiscais.

Outro ponto de tensão levantando pelos vigilantes na pesquisa foi o de executarem tarefas para além de sua função, como a realização dos primeiros procedimentos técnicos para o conserto das máquinas dos bancos e o atendimento a solicitações de clientes, que infringiam as normas de alguns estabelecimentos, por exemplo, acessar o setor de trabalho do tesoureiro para facilitar o trabalho dos bancários (Vieira, Lima & Lima, 2010).

Portanto, observamos uma coerência entre o relato de E., os relatórios das auditorias do MTE na empresa onde trabalhava e a pesquisa que descreveu as condições de saúde e de trabalho dos vigilantes na mesma região onde trabalhou. Houve a identificação de vários fatores que, potencialmente, levariam ao desenvolvimento de patologias, inclusive, as mentais. Os pesquisadores apontaram que o excesso da jornada de trabalho, aliado ao desrespeito aos períodos de repouso semanal e de férias, fundamentais para restaurar o equilíbrio mental e físico, dificultava o atendimento das exigências físicas, cognitivas, afetivas e mentais de um trabalho, caracterizado por períodos prolongados de tensão e possibilidades de eventos traumáticos. A desconfiança generalizada e a impossibilidade de constituição de coletivos de trabalho, devido às trocas diárias de equipe, impediam, também, o desenvolvendo de relações de confiança entre os colegas de trabalho e trocas de conhecimentos entre os trabalhadores (Vieira, Lima & Lima, 2010). Ressaltamos que certos conhecimentos e competências profissionais só podem ser aprendidos em situações reais de trabalho e a partir da constituição de um coletivo estável de trabalho (Clot, 2007). Dessa

forma, é possível concluir que a não participação dos vigilantes na organização de seu trabalho contribui para que eles se sintam mais inseguros e mais vulneráveis ao adoecimento mental (Vieira, Lima & Lima, 2010).

Destacamos ainda que, entre os distúrbios mentais identificados pela pesquisa nesses trabalhadores, o Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT) foi um dos mais recorrentes. Como vimos, tanto a médica da ESF, quanto a psiquiatra do CAPS consideravam que este foi o quadro inicial do adoecimento mental de E. Por isso, apresentamos algumas considerações sobre essa patologia e sua relação com as vivências nos ambientes de trabalho. O TEPT foi descrito na Portaria 1339/1999, a qual instituiu a lista de doenças relacionadas ao trabalho adotada como referência para o SUS para uso clínico e epidemiológico. Além disso, orienta os procedimentos para os serviços de saúde, em casos dessas patologias (Brasil, 1999a; Brasil, 2001a).

De acordo com o MS, o quadro típico do estado de estresse pós-traumático ou TEPT:

Inclui episódios de repetidas revivências do trauma, que se impõem à consciência clara ou em sonhos (pesadelos). O paciente apresenta uma sensação persistente de entorpecimento ou embotamento emocional, diminuição do envolvimento ou da reação ao mundo que o cerca, rejeição a atividades e situações que lembram o episódio traumático. Usualmente, observa-se um estado de excitação autonômica aumentada com hipervigilância, reações exacerbadas aos estímulos e insônia. Podem, ainda, apresentar-se sintomas ansiosos e depressivos, bem como ideação suicida. O abuso do álcool e outras drogas pode ser um fator complicador. Podem ocorrer episódios dramáticos e agudos de medo, pânico ou agressividade, desencadeados por estímulos que despertam uma recordação e/ou revivência súbita do trauma ou da reação original a ele. O início do quadro segue-se ao trauma, com um período de latência que pode variar de poucas semanas a meses (raramente excede 6 meses). (Brasil, 2001a, p.182)

Para Vieira (2014) o desenvolvimento do TEPT relacionado às vivências de situações de violência no ambiente de trabalho, não pode ser compreendido como resultado de uma causalidade linear, posto que, na abordagem adotada por ele, com a qual concordamos, o adoecimento mental é multideterminado. Em sua tese, o autor demonstrou que, ainda que fatores neurobiológicos estivessem presentes nessa patologia, há uma primazia dos fatores psicossociais para o seu desenvolvimento. Dentre estes, os desgastes cumulativos advindos de condições e organizações precárias e inadequadas de trabalho, a vivência de um (ou mais) evento(s) potencialmente traumático(s) no ambiente de trabalho, a impossibilidade de tratamento médico e psicológico imediatamente após a vivência da violência e a insuficiência de apoio psicossocial ao trabalhador, após o evento. Segundo o autor:

.... não é possível reduzir esse transtorno mental à sua dimensão psíquica, sem considerar as mediações que participam da transformação das experiências vividas em um trauma para o indivíduo. Essas mediações vão desde as experiências, passando pelo acontecimento potencialmente traumático e as vivências ulteriores, envolvendo o sentido atribuído pelo sujeito a tudo isso, bem como as mediações neuroquímicas. (p. 208)

Vieira (2014) apontou como a experiência de impotência vivenciada pelo sujeito durante uma situação de violência, parece estar no âmago do desenvolvimento do TEPT, atingindo profundamente os valores pessoais e a autoestima desse sujeito. Para esse autor, o trauma é “uma ferida psicológica” que contribui para a construção de uma autoimagem negativa, com repercussões na saúde do sujeito. Ele escreveu:

A experiência traumática que culmina no desenvolvimento do TEPT é sempre mais do que uma mera repetição do que foi vivido outrora. Ela se traduz por uma intensificação de ameaças já vividas, acrescida de um profundo abalo dos valores individuais e do sentimento de segurança pessoal, que leva o sujeito a um conflito para o qual não encontra solução. (p. 226)

O sujeito passaria, então, por uma crise subjetiva, na qual não se reconheceria mais. O fato de ter vivido uma situação de grave ameaça a sua integridade física e psíquica, em que não pôde reagir, seguida da não elaboração dos sentimentos e pensamentos advindos dessa experiência, contribuiria, de forma determinante, para o desenvolvimento do quadro de TEPT. Desse modo, o sujeito ficaria preso à experiência traumática, sem conseguir transformá-la em outra, e assim, reviveria este trauma de forma invasiva e repetidamente, continuando a vivenciar os sentimentos perturbadores de insegurança, medo e raiva, num circuito de retroalimentação dos sintomas da patologia. A atividade impedida no momento do evento e a continuação desse impedimento pela falta de elaboração do vivido converter-se-iam em pensamentos de autorrecriminação e autodepreciação, aprisionando o sujeito em ruminções sobre o que poderia ter feito para evitar e/ou sair daquela situação de violência. Dessas ruminções emergiriam sentimentos agressivos que, autodirigidos na forma de culpa, contribuiriam para o aparecimento e a persistência de ideações suicidas (Vieira, 2014).

Na pesquisa sobre os vigilantes, muitos relataram que sua não reação ao vivenciarem situações de violência era, na maioria das vezes, interpretada pelos superiores como uma falha profissional, pois em tese, eles seriam treinados para lidar com este tipo de situação. No entanto, era comum os assaltantes portarem armas mais potentes que as dos vigilantes (Vieira, Lima & Lima, 2010). No caso relatado por E., ainda houve elementos de tortura psicológica, pelo fato dos criminosos envolverem familiares, incluindo uma criança como refém. Mesmo se os vigilantes tivessem treinamento e armas suficientes para reagir, como fariam isso, se essa reação poderia implicar no sofrimento e, até mesmo, na sua morte e na morte de outras pessoas? Em casos assim, os pesquisadores constataram que as possibilidades do agir dependem muito mais das características objetivas da situação, sendo que apenas aqueles que as vivenciaram, poderiam avaliar as possibilidades e os limites de alguma intervenção. Cobranças externas e a suspeição de participação, como cúmplices dos atos criminosos,

acabariam pesando no agravamento das rumações dos vigilantes que vivenciaram a situação de violência (Vieira, Lima & Lima, 2010).

Outro fator agravante apontado pela pesquisa foi a ausência de encaminhamento dos vigilantes aos serviços de saúde, imediatamente, após os eventos traumáticos. Muitos gestores, segundo os pesquisadores, manifestaram a crença de que, por estes profissionais receberem treinamento para exercerem uma função de segurança, eles seriam imunes à ameaça da doença mental. Assim, ainda que a CCT da categoria tenha estabelecido a necessidade de apoio especializado, psicológico e psiquiátrico aos vigilantes, esse encaminhamento não era realizado. A prática mais comum relatada pelos vigilantes era a recriminação de suas condutas diante dos assaltos por parte de supervisores, mesmo que estes e os demais gestores não tivessem respostas e critérios objetivos para ‘ensinar’ como deveriam lidar com essas situações (Vieira, Lima & Lima, 2010).

Vieira (2014) apontou, ainda, o quanto a valorização do “trabalho bem feito”, realizado pelo sujeito e seu grupo de trabalho era importante no desenvolvimento da valorização de si mesmo e no fortalecimento da autoestima. Neste tipo de experiência traumática, ocorrida no ambiente de trabalho, esses valores eram imediatamente atingidos, agravando-se ainda mais, com as recriminações e as desconfianças estabelecidas, a partir do evento. Assim, o TEPT acarretaria uma profunda transformação da percepção que o sujeito teria de seu mundo, de si mesmo e de sua capacidade de enfrentamento das situações. Implicaria, ainda, em uma exacerbação das defesas do sujeito, estando associado à necessidade de conter sua agressividade, que acabaria sendo dirigida contra si mesmo. Vieira (2014) se apoia em Canguilhem (2012), para concluir que as estratégias de defesa elaboradas pelo sujeito, em sua busca de escapar da morte (física e simbólica), ao mesmo tempo podem esgotá-lo e levá-lo ao adoecimento. Ainda que seja uma resposta vital, a doença seria uma forma diminuída de vida, posto que a pessoa adoecida apenas reage aos acontecimentos de sua vida, não sendo propositiva nas ações que poderiam transformar seu meio e a si própria.

Vieira (2014) apontou, ainda, para a importância de considerarmos não apenas o evento em si e o sentido atribuído a ele pelo sujeito, mas, também, o dinamismo das experiências anteriores e posteriores ao ocorrido que poderiam potencializá-lo, culminando no adoecimento. Em suas palavras:

Não se deve ver a experiência anterior como um distúrbio latente. Ela deve ser pensada como uma vivência que pode (ou não) ser agravada por outras, capazes de transformá-la. O fator determinante do TEPT, desse ponto de vista, não é a experiência anterior ou a atual, consideradas isoladamente, mas a forma pela qual se articulam na trajetória de vida do sujeito. (p.226)

Noutras palavras, além de fragilidades pessoais, herdeiras de toda biografia individual, para que uma perturbação se desenvolva, é necessário que o sujeito vivencie, no momento atual, experiências capazes de atualizar suas feridas psicológicas e aprofundá-las, dando-lhes uma nova configuração. (p.227)

Nessa perspectiva, compreendemos os motivos de nem todos os sujeitos desenvolverem TEPT, após vivenciarem um ‘*mesmo*’ evento traumático. Não só o evento seria determinante para a eclosão da patologia, mas, também, o modo como este se relacionaria à história singular de cada sujeito e o quanto dessa biografia seria transformada por esse evento, em função do sentido atribuído a ele e do apoio psicossocial experienciado pelo sujeito. Para Vieira (2014):

Isso implica levar em conta tanto seus recursos e fragilidades individuais, quanto as circunstâncias em que a experiência ocorreu, que ações conseguiu (ou não) desenvolver, o desfecho da situação e o apoio psicossocial que lhe foi, ou não, oferecido. (p.227)

O autor ressalta, ainda, que os recursos internos do sujeito construídos, a partir das suas experiências pregressas, poderiam se mostrar insuficientes diante da intensidade da experiência traumática atual, ainda mais, se ele estivesse desgastado, física, mental e emocionalmente, quanto às questões referentes às condições e organização de seu trabalho. Pesaria, ainda, o significado que a experiência traumática adquiriu para cada sujeito, sendo o apoio psicossocial fundamental para oferecer-lhe a possibilidade de ressignificar a violência sofrida (Vieira, 2014).

Na perspectiva adotada por esse autor, essa ressignificação da experiência traumática não dependeria, exclusivamente, do sujeito afetado, mas, também, das relações sociais estabelecidas por ele com os outros. Isto porque, a partir dessas relações, ele poderia construir os recursos internos necessários para transformar a experiência que viveu em um meio para desenvolver-se, ampliando seu “poder de agir” no mundo. Vieira (2014) seguiu as concepções de normalidade e saúde adotadas por Clot, que afirma serem essas construções relacionais, que trariam a possibilidade de potencialização do “poder de agir” do sujeito “sobre si e sobre o mundo” (Clot, 2010, p.111).

Sendo assim, Vieira (2014) indicou que, para além do tratamento farmacológico necessário para o atendimento dos sujeitos com TEPT, o acompanhamento psicológico é primordial para a recuperação da saúde desses sujeitos. Este acompanhamento deveria oferecer espaço para a elaboração dos sentidos atribuídos por eles aos eventos vividos e do modo como esses sentidos estariam interferindo na sua relação com o mundo e consigo mesmos e dos motivos pelos quais aquele evento, em particular, adquiriu um valor traumático. Também seria um momento para o sujeito traduzir os afetos vividos de maneira perturbadora em palavras e,

assim, ter a possibilidade de ressignificar o trauma, desenvolvendo suas possibilidades de ação e saindo do aprisionamento da vivência traumática (Vieira, 2014).

Vieira (2014) ressaltou, ainda, que a presença de um especialista, imediatamente após a vivência do evento violento, pode ter um efeito propiciador de segurança aos que foram vítimas, além de possibilitar o compartilhamento das experiências penosas. Isso contribuiria para que essas pessoas se sentissem apoiadas e respeitadas, minimizando o impacto potencial da vivência traumática e do possível desenvolvimento dos sintomas do TEPT (Vieira, 2014).

Nessa mesma direção, o MS preconiza como indicações de tratamento para os sujeitos com TEPT a psicoterapia, o tratamento farmacológico e algumas intervenções psicossociais. Sobre essas últimas, as orientações aos profissionais de saúde são:

O estado de estresse pós-traumático relacionado ao trabalho geralmente refere-se a um evento traumático caracterizado como acidente de trabalho. As intervenções psicossociais passam pelo reconhecimento da relação do quadro clínico com o trabalho, pelo acolhimento do sofrimento do trabalhador no local de trabalho e pelas orientações e encaminhamentos adequados à situação. Muitas vezes, o desenvolvimento de transtorno de estresse pós-traumático, além do afastamento do trabalho pra tratamento, implica um projeto de reabilitação profissional, uma vez que as sequelas, especialmente os quadros fóbicos persistentes, podem impedir o retorno ao posto de trabalho anterior. O acolhimento do desejo de mudança, o empenho e os esforços da equipe de saúde, no sentido de o paciente retomar a vida produtiva, são fundamentais para a reconstrução do futuro do trabalhador acometido (Brasil, 2001a, p. 183).

O MS também orienta que as ações assistenciais e de vigilância sejam integradas e realizadas por equipe multiprofissional, com abordagem interdisciplinar, tanto para o atendimento do trabalhador adoecido, quanto para as intervenções nos ambientes de trabalho, com vistas a prevenir e promover a saúde do conjunto dos trabalhadores. Sobre essas intervenções nos ambientes de trabalho, a orientação é da realização de uma “análise ergonômica do trabalho real”, buscando conhecer:

...conteúdo das tarefas, dos modos operatórios e dos postos de trabalho; ritmo e intensidade de trabalho; fatores mecânicos e condições físicas dos postos de trabalho e das normas de produção; sistemas de turnos; sistemas de premiação e incentivos; fatores psicossociais e individuais, relações de trabalho entre colegas e chefias; medidas de proteção coletiva e individual implementadas pelas empresas; as estratégias individuais e coletivas adotadas pelos trabalhadores (Brasil, 2001a, p.183).

Também há a recomendação de que cada caso de TEPT acolhido no SUS seja tratado como “evento sentinela”, ou seja, como indicativo da necessidade de investigação do posto de trabalho e da realização de intervenções psicossociais de suporte ao grupo de trabalhadores, de onde veio o sujeito adoecido. Havendo a confirmação ou, mesmo, a suspeita de relação entre a doença e o trabalho, os profissionais de saúde são, ainda, orientados a:

...informar o trabalhador, examinar os expostos, visando a identificar outros casos; notificar o caso nos sistemas de informação em saúde (epidemiológica, sanitária e/ou de saúde do trabalhador), por meio dos instrumentos próprios, à DRT/MTE e ao sindicato da categoria; providenciar a emissão de CAT, caso o trabalhador seja segurado pelo SAT da Previdência Social; orientar o empregador para que adote os recursos técnicos e gerenciais adequados para eliminação ou controle dos fatores de risco (Brasil, 2001a, p.183).

Como vimos, E. não recebeu atendimento especializado logo após a vivência do evento traumático. Acreditamos que o quadro de desgaste físico e mental que ele relatou ter vivenciado para executar seu trabalho durante anos, mesmo antes da violência sofrida, e aliado à falta de apoio psicossocial, tanto especializado, quanto dos gestores, colegas e da família, após esse evento traumático, podem ter contribuído, significativamente, para potencializar os efeitos do trauma e o consequente desenvolvimento do seu adoecimento. As dificuldades de atendimento a essas questões relacionadas ao seu trabalho encontradas por E. nos serviços de saúde percorridos pode, ainda, ter contribuído para o agravamento do seu quadro.

3.4.2 Redes de Atenção à Saúde do SUS

Os elementos aqui discutidos na análise deste caso envolveram o resgaste do trabalho do usuário como uma categoria clínica importante na sua compreensão e condução. As repercussões das vivências cotidianas do trabalho na vida da pessoa, assim como, as consequências da ausência de trabalho para sua vida psíquica e social e, ainda, a reabilitação profissional são algumas das questões que envolvem a ST, sendo esta, como visto, uma área programática do SUS.

Quando apresentamos este caso para equipe do CEREST, os profissionais presentes foram unânimes em afirmar que poderiam contribuir, tanto em relação aos aspectos trabalhistas e previdenciários do usuário, quanto na condução clínica do caso. A gerente da unidade chamou atenção ao duplo olhar que um profissional de saúde deve possuir – *“Têm duas coisas que te orientam: uma é da proteção, das questões trabalhistas, do sustento dele, e a outra é a do tratamento, de lidar com o sofrimento...”*.

O estabelecimento da relação entre o adoecimento e as condições de trabalho do usuário tem repercussões na sua vida prática, em relação aos seus direitos trabalhistas e previdenciários, como assinalou a médica referência da ESF, no que se referia a este caso. Um relatório bem fundamentado, com um diagnóstico o mais claro possível e as possíveis relações entre este diagnóstico e as condições de trabalho relatadas pelo usuário-trabalhador aos profissionais de saúde, é importante para assegurar a proteção social necessária a esse cidadão, que ora encontra-se fragilizado pelo adoecimento. Obviamente, sua vulnerabilidade

seria agravada se além de não conseguir trabalhar, ele não tivesse assegurado as condições básicas de seu sustento e de sua família durante o período de afastamento, bem como as condições para o seu retorno ao trabalho. Acreditamos que contar com apoio técnico nesse momento em que várias exigências das perícias do INSS são impostas ao sujeito, pode impactar positivamente na saúde do usuário, pela relação de compreensão e confiança que seria construída entre este e os profissionais de saúde. Além disso, possibilitaria uma maior implicação deste sujeito no seu processo de afastamento/retorno ao trabalho, posto que esse tema seria pautado no seu tratamento.

Acreditamos também que os profissionais de saúde, ao compreenderem o trabalho como uma categoria clínica importante para o entendimento e a condução do caso, poderão ter mais um recurso na efetivação do cuidado integral à saúde do (e com) o usuário. A psicóloga do CEREST chamou atenção para este ponto, ao sinalizar a diferença de foco existente em um atendimento, especializado em ST, em casos como o de E.:

O foco não é o mesmo. Aqui a adesão é grande, porque o foco é o trabalho, o que é emergencial. Atendo muitos casos de estresse pós-traumático... Nesse momento eles querem falar do trabalho. A psicóloga tem que fazer esse movimento, para que ele fale desse trabalho, que é o que o está angustiado (Psicóloga do CEREST).

Essa psicóloga apontou, ainda, que o atendimento grupal poderia ser uma indicação para E., além do atendimento psicológico individual – *“Quando você faz o grupo com quem está mesma situação, ajuda.”* Isso porque o grupo pode se constituir em um elemento de apoio psicossocial, com o compartilhamento das experiências penosas em um clima de acolhimento e respeito, entre pessoas que se identificam para além dos sintomas vividos, com as trocas de experiências e possibilidades de ação, necessárias para a transformação de si e de seu meio (e vice-versa).

Sobre a questão da possível dificuldade de elaboração do usuário, fundamental a um processo psicoterapêutico, a gerente dessa unidade trouxe outro olhar:

Tem outra questão por onde passa essa elaboração. Muitas vezes, essas pessoas nunca foram chamadas a falar sobre si, seus sentimentos. Muitas vezes, é pela atividade que ela vai ser chamada a falar. Como mostrou o Carrusca em seu estudo sobre vigilantes⁶¹, pequenas coisas são traumáticas. O evento é só a gota d'água (Gerente do CEREST).

Nesse sentido, propostas terapêuticas que possibilitem maiores trocas, tanto entre usuários, quanto entre estes e os profissionais de saúde, com a proposição de atividades,

⁶¹ Carlos Eduardo Carrusca Vieira é psicólogo e professor na PUC Minas São Gabriel, idealizador e co-fundador do Núcleo de Atendimento aos vigilantes vítimas de violência no trabalho (NAPSI) nesta instituição. É um dos autores da pesquisa sobre a condição de saúde e trabalho dos vigilantes que utilizamos na discussão desse caso.

individuais e/ou grupais, poderiam ser utilizadas como mediadoras das reflexões pretendidas e necessárias. Ainda sobre o tratamento, essa gerente, psicóloga de formação, também observou a necessidade de haver uma escuta clínica atenta ao que o sujeito traz para o atendimento – “*É o que você tem ali na sua clínica, no seu encontro com o sujeito que direciona o tratamento*”. Portanto, se o que ele estiver trazendo forem elementos de seu trabalho, é a elaboração dessas questões que os profissionais de saúde devem desenvolver durante o atendimento.

Outro ponto importante, no que se refere à ST, é a questão da reabilitação profissional. Quando questionamos a possibilidade dessa ação à equipe do CEREST, os profissionais não apresentaram propostas nesse sentido. No entanto, observamos que havia a necessidade de ser oferecido apoio técnico/especializado nesse tema aos profissionais das diversas redes de atenção do SUS, que lidam com essa questão ao atenderem usuários com capacidade para o trabalho, mas sem condições de retorno para a antiga função ou, ainda, para a mesma profissão. Como vimos, no caso de E., a psiquiatra do CAPS julgava necessário algum tipo de reabilitação, mesmo que fosse para o mercado informal, como meio da estabilização de seus sintomas e promoção da sua saúde. No entanto, ela reconhecia que essa condução era complexa e envolvia vários riscos. Afirmou viver, enquanto médica, uma situação de ambivalência em relação a esta questão:

Como que a gente faz? A gente tenta aposentadoria, para ele não passar fome ou tenta, ao máximo, reabilitá-lo, sabendo que o mercado de trabalho é cruel, sabendo que, provavelmente, ele não vai ser contratado e ele vai ficar sem nada. O profissional de saúde vive essa ambivalência, esse paradoxo todos os dias. Eu vou dizer a ele: você vai ser reabilitado. Vai ser ótimo. Você vai trabalhar em outra coisa. Eu fico pensando nesse discurso nosso, que é nosso papel a fazer, do sim e do não. De repente, é o profissional de saúde que decide esse destino também: de ser ou não aposentado, de ser ou não outra pessoa. Como isso cai na nossa mão. Isso virou uma responsabilidade nossa, falo do médico, que vira e fala: ‘não vou te afastar mais não, você vai voltar a trabalhar’. Do médico perito que fala: ‘você já está afastado há muito tempo’. E força uma pessoa voltar ao trabalho, sem um acompanhamento, sem uma estrutura. Eu gosto de acreditar que é possível, mas, minha razão me diz que é mais difícil do que isso (Psiquiatra do CAPS).

Pensamos que a equipe do CEREST deveria pautar o tema da reabilitação profissional em suas ações, oferecendo suporte técnico para esta questão aos profissionais de saúde que vivem as contradições apresentadas acima pela psiquiatra. Isto é, a questão deixaria de ser apenas a escrita de um relatório para o INSS, em que, sobretudo, o médico seria convocado pelo usuário a contribuir, sendo este envolvido em seu processo de escolhas, a partir de suas potencialidades, suas limitações e, também, das condições sociais para sua reinserção produtiva. Além disso, passaria a ser uma construção multidisciplinar, envolvendo vários profissionais do SUS e da Previdência Social. A reabilitação profissional seria, portanto, entendida não meramente como uma ação a ser desenvolvida como um dos benefícios da Previdência Social, mas sim, como parte do cuidado de saúde aos trabalhadores adoecidos e

afastados do trabalho. Englobaria um conjunto integrado de ações que visariam o resgate das capacidades física, psicológica e social desses trabalhadores, envolvendo a identificação e o desenvolvimento de novas habilidades e competências profissionais, visando o retorno desses usuários ao trabalho.

Maeno e Vilela (2010) defenderam a construção de uma política pública de reabilitação profissional, na qual seria necessária, dentre outros pontos, “a inserção da saúde do trabalhador nas políticas de desenvolvimento econômico” e “a real articulação da Saúde e da Previdência Social em projetos nacionais e locais” (p. 87).

Na legislação atual, a reabilitação profissional faz parte dos benefícios ofertados pela Previdência Social aos seus segurados, tendo como público alvo tanto os segurados em gozo de auxílio doença, acidentados do trabalho ou não, impossibilitados de recuperação para suas atividades habituais, quanto seus dependentes. Durante o processo de reabilitação profissional, os segurados receberiam o auxílio doença comum ou acidentário, até serem habilitados para novas atividades ou serem considerados sem condições de retornar para qualquer atividade produtiva, recebendo, assim, a indicação para a aposentadoria por invalidez (Brasil, 1991).

Segundo Maeno e Vilela (2010), essa separação das ações entre o SUS e a Previdência Social, na qual ao primeiro caberia o tratamento, a prevenção e promoção da saúde e à última, a reparação dos danos ocorridos, não tem sido profícua, recaindo grande ônus, tanto sobre esses dois setores, quanto sobre o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que juntos integram a seguridade social brasileira. Os autores apontaram a necessidade de haver “uma integração real entre a Saúde e a Previdência Social”, nessa “zona de intersecção de atuação”, a fim de compartilharem as concepções de saúde, incapacidade, reabilitação psicossocial e profissional, definindo “critérios de avaliação da incapacidade e da funcionalidade que possam ser adotados por ambos os setores, facilitando a avaliação, a comunicação e o trabalho articulado na busca da reinserção social e profissional dos pacientes” (p.94). Eles chamaram a atenção, ainda, para a premência desses dois setores, conjuntamente com os órgãos do MTE, se articularem para o desenvolvimento de programas de reabilitação profissional, locais e regionais, “colados às necessidades dos trabalhadores de sua jurisdição, em articulação com órgãos e instituições da sociedade” (p.95).

Temos conhecimento de experiências que buscaram essa integração entre o SUS e a Previdência Social, estabelecendo ações conjuntas para promoverem a reabilitação

profissional de trabalhadores afastados do trabalho⁶². Uma delas foi a relatada pelo CEREST de Piracicaba, que instituiu, dentre várias outras ações, uma agenda de “reuniões interinstitucionais” entre as equipes de ST e a do Programa Reabilita do INSS (médico-perito, assistente social e terapeuta ocupacional) desse município. Segundo Takahashi, Simonelli, Sousa, Mendes e Alvarenga (2010):

A parceria institucional entre o CEREST-Piracicaba e o Programa Reabilita foi uma saída coletiva estratégica e permitiu a construção de um fluxo facilitador em reabilitação profissional, minimizando as dificuldades na execução dos programas e na intervenção nas empresas por ocasião do retorno ao trabalho dos reabilitados (p. 110).

Com essas informações embasamos nossa recomendação que o CEREST do município, em questão, pautar o tema da reabilitação profissional entre suas ações, realizando as articulações intra e intersetoriais, bem como as parcerias necessárias para o desenvolvimento de uma proposta nesse sentido.

Ainda sobre as possibilidades de relação entre o CEREST e os pontos de atenção percorridos por E. no SUS, conforme anteriormente apontado, nenhum dos profissionais entrevistados pensou nessa unidade como uma possível parceira na condução compartilhada desse caso. Nem mesmo a médica da ESF e a psiquiatra do CAPS que perceberam a estreita relação entre a condição de saúde desse usuário e seu trabalho. Quando questionamos essas profissionais sobre a possibilidade de discussão e compartilhamento do caso com a equipe de ST, a psiquiatra do CAPS afirmou não conhecer o CEREST e a médica da ESF relatou saber de sua existência, mas desconhecer o tipo de atendimento oferecido pela sua equipe. No geral, os profissionais entrevistados para a construção desse caso interrogaram a pesquisadora sobre as ações que seriam desenvolvidas por essa unidade. A equipe do NASF relatou, até então, nunca ter compartilhado casos e/ou discussões com a equipe do CEREST. A ESF afirmou ter tido algumas reuniões para receber instruções sobre a construção do perfil produtivo⁶³ do território, tarefa que os profissionais afirmaram não entender os motivos de realizarem, expondo que sabiam ser uma meta que o CEREST teria de cumprir com a SES, mas não compreendendo como uma atividade útil no cotidiano de seu trabalho.

De todos profissionais entrevistados para a construção deste caso, apenas duas relataram conhecer, de fato, o CEREST: a psicóloga de apoio do NASF, que realizou uma visita à

⁶² Há um número da Revista Brasileira de Saúde Ocupacional dedicado inteiramente a este tema: “Incapacidade, Reabilitação Profissional e Saúde do Trabalhador” – RBSO vol 35 n° 121, 2010.

⁶³ Levantamento do perfil produtivo: ação desenvolvida pelas equipes de ESF, com o apoio do CEREST, com o objetivo de conhecer as atividades produtivas, principalmente domiciliares, bem como as ocupações mais incidentes entre os moradores do território.

unidade havia alguns anos, quando ocorreu uma palestra sobre benefícios do INSS e uma fisioterapeuta do NASF, que trabalhou naquela unidade. A primeira sabia, portanto, que no CEREST havia orientação previdenciária e trabalhista, porém relatou desconhecer as possibilidades de atendimentos em ST. A última revelou conhecer o serviço psicológico da referida unidade, quando sua colega psicóloga a questionou sobre essa possibilidade, por ocasião da discussão coletiva deste caso. Não sabemos se em 2012 quando a psicóloga atendeu E., essa fisioterapeuta estava na equipe do NASF. Seja como for, a psicóloga não se lembrou de ter havido, naquela época, discussão conjunta do caso para além da realizada de praxe pela dupla de referência do NASF com a médica e enfermeira da ESF. Essa discussão com todos os técnicos do NASF poderia ter contribuído para a análise das possibilidades de atendimento e dos suportes da rede para o atendimento do usuário, bem como para o estabelecimento de um apoio mais efetivo à equipe do ESF na condução do tratamento de E.

Entretanto, as contribuições efetivas da equipe do CEREST a este usuário não se concretizaram. Conforme relatado, quando a pesquisadora retornou à ESF para a discussão coletiva dos achados da pesquisa, com a indicação de que a equipe poderia compartilhar o caso E. com aquela unidade, ele havia mudado de município. Nesta ocasião, a médica e a enfermeira ressaltaram que, embora estável, ele, ainda era um caso grave, com sintomas depressivos importantes.

Ressaltamos, ainda, que quadros semelhantes ao de E. não são incomuns nesse território. Segundo a psicóloga do NASF – *“Tem, sempre aparece.”* O que reforça a necessidade de aproximação da equipe do CEREST a esses pontos de atenção.

Outro aspecto que observamos foi a insuficiência de apoio especializado à ESF para a compreensão e condução do tratamento de E. Conforme relatado, o CEREST não foi acionado, devido ao desconhecimento generalizado sobre suas ações. O principal ponto de apoio, o psiquiatra do NASF, não participou regularmente das discussões do caso, nem com sua equipe, nem com a ESF. Consideramos, também, que teria sido importante que as psicólogas do NASF que atenderam E. discutissem diretamente com a ESF as questões referentes a condução desse caso. Ainda que a dupla de referência, que em 2015 eram uma assistente social e uma nutricionista, possam ter discutido com a ESF alguns elementos do que as psicólogas discutiram, como elas não atenderam esse usuário e, constituindo-se este como um quadro grave, as psicólogas poderiam contribuir diretamente com a ESF.

A outra insuficiência de apoio à ESF foi observada no processo de contrarreferenciamento, realizado pelo CAPS, que ocorreu por meio de um relatório, sem a construção e o

compartilhamento dos elementos que contribuiriam para o desenvolvimento do caso na APS. Considerando a avaliação positiva que E. fez do atendimento que recebeu no CAPS, destacando o atendimento psiquiátrico, acreditamos que a discussão dessa profissional, em especial, com a equipe da APS em muito facilitaria a condução do caso, por esse ponto da rede. Ressaltamos, ainda, que a contrarreferência ocorreu sem que elementos importantes da condução de um caso de saúde mental tivessem sido formulados, como o que desencadeava as crises do usuário, para além da medicação, e quais estratégias de manejo clínico seriam possíveis. Questionada sobre esse ponto, a psiquiatra relatou perceber que havia questões familiares importantes, mas que eles não chegaram a discutí-las. A psicóloga-referência do CAPS, conforme anteriormente relatado, não expôs essas questões na entrevista, nem nos registros no prontuário. No entanto, sendo a psiquiatra, a eleita pelo usuário como a referência de seu tratamento, questionamos se não seria ela a profissional mais habilitada para construir esse conhecimento com ele e, assim, contribuir, ainda mais, com a condução do caso, tanto para o usuário em si, quanto se essas informações fossem compartilhadas com sua equipe de referência na APS. A questão do antipsicótico mais moderno, foco de sua atenção, segundo o prontuário do usuário na APS, não foi desenvolvida, tendo aparecido apenas no mês de seu retorno a essa unidade. Quando questionamos à ESF e ao próprio usuário sobre essa medicação, as profissionais afirmaram desconhecer os motivos da descontinuidade da prescrição⁶⁴ e o usuário não se lembrou desse medicamento. Pareceu-nos, portanto, que também no CAPS, E. não encontrou oportunidades para elaborar as questões que o afligiam, para além da estabilização medicamentosa necessária. As questões familiares e, mesmo as do trabalho, que afetavam as primeiras em boa medida, conforme relato da psiquiatra, não foram trabalhadas no período de seu tratamento nessa unidade.

É sabido que a boa evolução de um tratamento de saúde depende da presteza na assistência e da precocidade das intervenções, além da qualidade dos cuidados terapêuticos e do apoio da família e da sociedade. Como vimos, se considerarmos apenas a vivência do evento, potencialmente traumático, E. demorou cerca de 5 meses para acessar um serviço e tratar das questões que afetavam sua saúde mental. Insatisfeito com o tratamento recebido pelo plano de saúde, ele acessou o SUS, cerca de, 14 meses após a vivência do evento. E. encontrou dificuldades nos serviços de saúde acessados, durante os 4 anos em que percorreu esse

⁶⁴ Lembrando que quando o usuário retornou à ESF, sua médica de referência estava de licença maternidade. A enfermeira também esteve de licença maternidade em um período próximo. Portanto, elas não souberam dizer se o médico substituto retirou esse medicamento ou se o próprio usuário não demandou o preenchimento de novo protocolo para a aquisição do mesmo. O fato é que a médica-referência nunca renovou esse pedido.

sistema, para ter estabelecida a relação de seus sintomas às suas vivências desgastantes e traumáticas relacionadas ao seu trabalho. Também lhe faltou espaço para a elaboração e a ressignificação dessas experiências, fundamentais no processo de tratamento, o que pode ter contribuído para o agravamento do seu quadro, ao longo desses anos. Somados a isso, temos a potencialização de suas fragilidades pessoais, também alimentadas por precárias relações sociais.

Lembramos que, ao ser perguntado sobre sua perspectiva de melhora, E. manifestou claramente o desejo de se aposentar, não vendo possibilidade de retomar a vida produtiva, o que poderia acontecer por meio de um processo de reabilitação profissional, conforme orientação do MS. No entanto, ele também não acessou esse tipo de atendimento no SUS, ainda que, a psiquiatra do CAPS tenha pensado na pertinência dessa indicação. Sendo assim, diante do que foi apurado sobre as condições de seu trabalho e dos danos indicativos do que essas poderiam ter causado em sua vida, além da insuficiência de atendimento que possibilitaria a ressignificação das suas experiências desgastantes e traumáticas, com a elaboração das novas atividades que ele poderia se engajar, questionamos que outra saída E. veria para si, além da aposentadoria. Como afirmou Lima (2011), “não é o trabalho em si que os sujeitos em geral rejeitam, mas, uma dada forma de organização da atividade produtiva, bem como da apropriação dos seus resultados” (p.4)⁶⁵. Infelizmente, observamos que para E. essa forma de trabalho, penosa e degradante, acabou sendo, senão a única conhecida por ele, a que mais impacto causou em sua vida.

⁶⁵ No original: “that individuals do not reject work in itself but rather a given form of the organization of productive activity and the appropriation of its results.”

4 PERCURSOS NO SUS: CASOS A. E M. – A INVISIBILIDADE DAS EMPREGADAS DOMÉSTICAS

*“Saio do trabalho e
Volto para casa e
Não lembro de cansaço maior
Em tudo é o mesmo suor...”*

*- Milton Nascimento e Fernando Brant
(Caxangá)*

Neste capítulo, serão apresentados dois casos, ambos de empregadas domésticas. O texto está dividido em três partes. Na primeira, descrevemos o caso A., sobre uma senhora de 57 anos, indicada para a pesquisa pela ESF. Usuária dos serviços dessa unidade desde a sua fundação, havia cerca de 16 anos, a equipe preocupava-se com as queixas constantes de depressão dessa senhora, ao longo desse período. Na segunda parte, expomos o caso M., uma mulher de 40 anos, indicada pela equipe de saúde mental da UBS, pelo fato desta ter observado a relação direta entre o sofrimento apresentado pela usuária e seu trabalho, sendo o único caso com queixa relacionada à saúde mental, encaminhado por esta UBS ao CEREST, em 2014. Nessas duas partes apresentaremos, separadamente, os percursos das usuárias no SUS, seus relatos e os dos profissionais sobre a possível relação entre a saúde, o adoecimento mental e as condições de trabalho vivenciadas pelas duas mulheres, bem como suas perspectivas e as dos profissionais sobre a rede de atenção construída para o atendimento desses casos. Na parte final, iremos expor nossa discussão sobre a relação entre saúde, adoecimento mental e o trabalho das empregadas domésticas e as redes construídas para a atenção a saúde dessas duas usuárias.

4.1 Caso A. – ESF

*“A gente era igual escravo,
a gente era igual escravo,
igual escravo.” – A.*

4.1.1 Percurso no SUS

A. nasceu em 01/05/1958, em Calisto, Minas Gerais. A família composta por onze filhos se estabeleceu em Governador Valadares, quando ela ainda era criança. Quando adultos, alguns irmãos migraram para a Região Metropolitana de BH, em busca de melhores condições de vida. A. relatou residir nesta cidade havia 33 anos. As duas entrevistas para esta pesquisa ocorreram em maio e outubro de 2015. A. contava, então, com 57 anos. Divorciada havia 16 anos, teve cinco filhos. O primeiro filho morreu aos dois meses de idade. Os demais, três mulheres e um homem, estavam com idades entre 38 e 31 anos. Todos estavam casados. A. relatou, ainda, que tinha seis netos e mantinha uma união estável havia cerca de dez anos. O companheiro trabalhava como porteiro em uma empresa terceirizada. Desde a infância, A. trabalhava como empregada doméstica. Quanto à sua escolaridade, afirmou saber apenas ler e escrever. O último emprego foi na casa de um idoso de 94 anos, que ela cuidou por, cerca de, 26 anos. Saiu desse trabalho em janeiro de 2014, por estar adoecida. No entanto, o afastamento pelo INSS só foi concedido, via ação judicial, em junho de 2015. Na segunda entrevista, afirmou ser este afastamento por tempo indeterminado, manifestando a expectativa de se aposentar. Durante os 17 meses que aguardou sua situação previdenciária ser resolvida, teve a ajuda de uma filha, que lhe doava R\$100,00 por mês, e, do companheiro para pagar suas contas cotidianas. Também relatou ter ganhado um processo na justiça contra os filhos do ex-patrão, por questões trabalhistas. Aguardava o recebimento de R\$2.500,00 e a possibilidade de regularização do pagamento da sua Previdência Social. Relatou ter apenas nove anos pagos, quando deveria ter vinte e um anos, segundo informou-lhe o advogado que contratou. Como o ex-patrão faleceu em fevereiro de 2014, A. aguardava a resolução de suas questões trabalhistas por parte dos três herdeiros do idoso, que prometeram a ela cumprir a determinação judicial, após o inventário e a venda da casa deixada como herança.

A. iniciou seus atendimentos junto à ESF em junho de 1999, quando foi atendida pelo médico da unidade, que registrou sua queixa de cefaleia e de ter sido abandonada pelo marido havia seis meses⁶⁶. A. informou-nos que já havia procurado outros médicos no SUS anteriormente, mas não se lembrou das unidades acessadas. Relatou-nos que antes de ser atendida pela ESF, teve labirintite e um nódulo no seio retirado cirurgicamente, devido uma suspeita não confirmada de câncer. Algum tempo antes da separação, ela ainda descobriu que

⁶⁶Ver Apêndice F – Síntese dos Diagnósticos e Medicamentos dos 4 casos.

o marido abusava das filhas. Este foi o período, possivelmente durante o primeiro semestre de 1999, em que começou a vivenciar o que denominou de depressão, com várias ‘crises’:

Aí, foi acumulando cada vez mais. E eu preocupada com a minha filha mais nova dentro de casa. A gente confiava, às vezes, pensava que a gente tava ficando doida. Eu pensava que eu estava ficando doida (chora), que eu não podia falar nada, senão ele (o ex-marido) me batia. Falava que matava eu... Eu estava morrendo. Chegava em casa, eu trabalhando, chegava em casa, era labirintite, depressão, tudo junto, sem dormir, tava ficando doida. Eu ia nos médicos, minha amiga me levou, não deu nada. ‘O problema dela é psicológico.’ O médico me deu uns remédios, aí eu fui melhorando, não, melhorando nada. Ele (o ex-marido) foi embora de casa. Eu tinha feito cirurgia pra retirar um nódulo no seio, achei que era câncer. Um sofrimento cada dia mais, aí ele saiu de casa nesse dia... No início eu dava crises, ia parar no médico, o médico falava: ‘o problema dela é psicológico, tem que cuidar dela’. Eu tava trabalhando, vinha aquela coisa, eu achava que ia morrer, sabe? Uma coisa assim que não dá pra explicar, né...

Alguns meses após o processo de separação, A. relatou ter sofrido um estupro, gerando uma ideação suicida constante. Embora tenha afirmado ter tido duas tentativas de autoextermínio, A. relatou os detalhes somente da segunda, o que nos fez pensar que a primeira era mais uma ideação. Afirmou: “*Eu tentei suicídio. Eu saía na rua e a vontade era que um carro passasse por cima e me matasse... Isso, para mim, foi pior (referindo-se ao estupro), aí que eu queria sair na rua e morrer.*” Nesse período, procurou a ESF e passou a ser atendida semanalmente pelo médico, sem precisar a duração desse atendimento. Afirmou que ficou muito tempo sendo acompanhada por este clínico, até ele dizer-lhe que precisava procurar um psiquiatra e um psicólogo. Não observamos o agendamento desses atendimentos especializados neste período no SUS.

Possivelmente em 2002, houve o que A. denominou como sua segunda tentativa de autoextermínio:

Eu tinha uns remédios controlados e fui tomando. Eu tava cansada, cansada demais. Tava trabalhando nesse lugar, cuidando de idoso e a V. (filha mais nova) tava grávida, meu filho tava em casa, não estava trabalhando. Eu tava me sentindo cansada... Pra mim, eu queria era descansar. Eu tomei remédio para descansar.

Após ingerir vários medicamentos, pediu ajuda de uma amiga que a levou a uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Passou a noite internada e não se lembrava do que aconteceu. No dia seguinte, recebeu um encaminhamento para atendimento psiquiátrico, sendo atendida em uma UBS do distrito. Não se recordou do nome da unidade, nem por quanto tempo ficou em acompanhamento. Relatou não ter encontrado tratamento psicológico no SUS nessa ocasião, conseguindo um acompanhamento com uma psicóloga na igreja do seu bairro, devido à intervenção de um pastor. Relatou ter ficado muito tempo nesse acompanhamento, sem saber precisar a duração.

O primeiro diagnóstico psiquiátrico que encontramos em seu prontuário foi em 2006, quando solicitou um relatório para INSS⁶⁷. Neste, havia o relato de que a usuária tinha um quadro depressivo e uma enxaqueca crônica – CID F32⁶⁸ e F51⁶⁹. Estava em uso de antidepressivo havia alguns anos (provavelmente desde 1999). Não havia informações sobre o deferimento de seu pedido de afastamento pelo INSS. Observamos a recomendação de uma psicóloga, cuja origem não foi possível identificar, de que a paciente deveria ser consultada por um psiquiatra. No entanto, não conseguimos identificar se esse atendimento, de fato, aconteceu.

Os registros seguiram-se realizados pelo clínico da ESF, informando sobre as medicações prescritas e as várias queixas da usuária, ora de sintomas depressivos e dificuldade de dormir, ora de dores nos corpo, e em muitas vezes, de todos esses sintomas. Havia, ainda, o registro de uma hipótese de fibromialgia em 2008. Não observamos qualquer relato especificando melhor as queixas, nem as condições de vida e de trabalho da usuária.

Em agosto de 2011, A. passou a ser atendida pela médica atual da ESF. Aparece, desde então, o registro dela ser cuidadora de idosos e de apresentar muitas queixas de dores, ansiedade e depressão, sem o registro de queixas relativas ao trabalho. Estava em uso regular de cerca de quatro remédios psiquiátricos, além de remédios para dor. A médica registrou ser um caso de depressão com muitas queixas. Os atendimentos médicos se seguiram com renovação da medicação em uma frequência entre dois a quatro meses.

Em agosto de 2013, havia o registro de tentativas de afastamento do trabalho por questões ortopédicas, sem deferimento do INSS. Na ocasião, a usuária apresentou diagnósticos de tendinite no ombro, fibromialgia, além do relato de dores nas articulações e humor deprimido. A médica suspeitou que ela fizesse acompanhamento na Clínica de Todos⁷⁰, o que foi

⁶⁷Ressaltamos que a pesquisa no prontuário foi feita com a médica da ESF que indicou o caso para a pesquisa. Era um prontuário com muitas páginas, abrangendo 16 anos de atendimento (entre julho de 1999 e março de 2015), com registros de equipes diferentes (escritas e formas de registro diferenciadas). Como não seria viável fazermos uma descrição de todos os atendimentos, a médica e a pesquisadora recortaram os atendimentos em que havia diagnóstico e medicação psiquiátricos e, ainda, solicitações de relatórios para o INSS.

⁶⁸ Episódios depressivos.

⁶⁹ Transtornos não orgânicos do sono devido a fatores emocionais.

⁷⁰Clínica de Todos: é um “projeto social” realizado com capital privado, fundado em 2001, na cidade de Ipatinga, MG. Em 2008, após um acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), passou a intitular-se “Cartão de Todos”. Oferece descontos em consultas médicas e odontológicas, exames laboratoriais, farmácias, dentre outros. O pagamento da mensalidade em abril de 2016 era de R\$17,75. Nessa época, os valores das consultas com médico generalista era de R\$20,00 e com especialista, R\$28,00. Para os exames e outros serviços

confirmado durante as entrevistas. Neste atendimento, a usuária solicitou novo relatório para o INSS e foi agendada uma consulta com o psiquiatra do NASF.

No atendimento psiquiátrico, provavelmente em novembro de 2013, havia o relato de questões trabalhistas, como o não gozo de férias e a descoberta de que o patrão não recolhia devidamente o seu INSS. A. queixou-se de não ter tempo para si, de estar cansada de cuidar de doentes, de estar deprimida, sentia dores havia muito tempo e não podia reclamar no serviço, além de estar com medo de ficar sozinha. Existia, também, o relato dela ser divorciada e ter quatro filhos. O psiquiatra mudou sua medicação e diagnosticou F41.2⁷¹ e F33.1⁷². Suas observações sobre a usuária foram: “*Natureza agitada, nervosa. Vitimização?*” Depois de alguns dias, a usuária retornou à unidade e solicitou que a médica trocasse um dos medicamentos receitados, porque considerou que aquele receitado para ela estava causando-lhe certa confusão mental. No mês seguinte, solicitou nova troca de medicamento, voltando a usar o que tinha costume havia alguns anos, visto que os dois pedidos foram aceitos pela médica da ESF.

Neste período, segundo semestre de 2013, a usuária relatou em entrevista ter ido a alguns psiquiatras e ortopedistas particulares da Clínica de Todos, sem precisar as indicações terapêuticas e medicamentosas desses atendimentos. Entre novembro e dezembro desse ano teve um atestado de dez dias, devido dores na coluna. Também relatou ter realizado uma cirurgia nas pernas, mas não foi clara sobre qual era o problema e quando realizou esta intervenção.

Em janeiro de 2014, relatou à sua médica de referência, ter ido ao CAPS e recebido o diagnóstico de F33.3⁷³. Recebeu, nessa ocasião, um atestado médico de quinze dias. Estava chorando muito, segundo o registro médico. Solicitou um relatório para o INSS e mencionou nesse atendimento ter tido uma tentativa de autoextermínio, sem especificar qual o tipo, nem quando ocorreu. A médica agendou atendimentos psiquiátrico e psicológico do NASF.

Segundo o relato da usuária, ao ser entrevistada por nós, a tentativa de autoextermínio acontecera alguns anos antes, conforme anteriormente exposto. No mesmo mês, ela saiu do

seriam oferecidos descontos. Tem atuação em seis estados: Minas Gerais, Ceará, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo. Em Minas Gerais, são 30 redes credenciadas, sendo 4 na capital do estado e 26 no interior (Cartão de todos, 2016).

⁷¹ Transtorno depressivo ansioso.

⁷² Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado.

⁷³ Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos.

emprego, por estar adoecida e não mais conseguir realizar seu trabalho, ficando cerca de um mês afastada pelo INSS:

Quando eu saí de lá, eu já não estava aguentando, tive uma crise de pânico, era tudo em cima de mim, eu não tinha férias, eu tinha de dormir lá, aquela coisa. Já não estava aguentando mais, tava a ponto de enlouquecer mesmo. Tudo era eu. Era banho, (o idoso) já estava sujando a roupa, xixi. Eu pedia ajuda. Eles (os filhos do idoso) não ajudavam e era só eu e ele. À noite ele ficava sozinho. Até bicho na perna dele deu. Eu tive de cuidar. Aquilo já estava, nó (chora)... Aí, eu saí no mês de janeiro. No mês de fevereiro, ele morreu.

Em fevereiro, ocorreu o atendimento com o psiquiatra do NASF, que registrou apenas: “*Quadro depressivo. Vitimização? Vida de doente.*” A médica da ESF relatou que alguns dias depois desse atendimento, A. procurou novamente a unidade, chorava muito e estava visivelmente muito triste. Solicitou um atestado de menos de 15 dias, porque não queria submeter-se a outra perícia no INSS.

Em maio, houve o registro de que a equipe do CAPS ligara para informar que a usuária estava na unidade chorando muito. Não havia indicações do tipo de atendimento prestado pelo CAPS nessa ocasião. Ressaltamos que, embora este seja o segundo registro de que A. procurou o CAPS, quando estivemos nas duas unidades especializadas do município, seu prontuário não foi localizado. Sendo assim, não pudemos registrar como se desenvolveram esses atendimentos nesse ponto de atenção da rede.

Em julho, houve o atendimento com a psicóloga do NASF, que registrou ser A. uma “*paciente depressiva, com dores*”. A indicação, segundo a médica, foi para o acompanhamento grupal. No entanto, não havia registro de participação da usuária em grupos. Também em julho, a médica de referência relatou que A. apresentou muitas queixas e que não estava trabalhando. Sua receita de medicamentos foi renovada.

Em outubro, A. procurou novamente a unidade e foi atendida por outro clínico, que substituiu a médica de referência, que estava de licença maternidade. Em entrevista, a usuária relatou-nos que não se adaptou a este novo médico. Por esse motivo, por quatro meses, entre outubro de 2014 e janeiro de 2015, preferiu pagar pelos atendimentos clínico, psiquiátrico e psicológico, na Clínica de Todos.

Em fevereiro de 2015 A. retornou à ESF, ao saber que sua médica de referência estava de volta. Esta registrou que A. estava com muita raiva pelos filhos do ex-patrão não terem contribuído devidamente com seu INSS. Em março, procurou novamente a unidade e relatou estar muito deprimida, manifestando o desejo de ser aposentada pelo INSS. Segundo a

médica, ela teria tido algum atrito com a família do patrão e perdido o emprego⁷⁴. A médica, ainda, se recordava de que era provável que A. tivesse aberto um processo na justiça, alegando não cumprimento de direitos trabalhistas. Apresentou queixas de que trabalhava mais de oito horas por dia e que não tinha férias. Foi agendado um atendimento com psiquiatra do NASF para 11/06/15.

Em maio de 2015, quando realizamos a primeira entrevista, a usuária, embora tenha relatado melhora nos sintomas depressivos, queixou-se de dificuldades para andar, devido a uma dor nos joelhos e na coluna, além de sentir dor ao urinar. Relatou ter tendinite crônica no ombro, hérnia de disco, artrose e desgaste nos joelhos. Também afirmou sentir os joelhos tremerem, não sabendo se este seria um sintoma do desgaste ou um efeito colateral dos remédios que fazia uso.

Em outubro de 2015 durante a segunda entrevista, A. estava muito abatida. Relatou estar preocupada com a situação de saúde da mãe, que aos 87 anos havia fraturado o fêmur e preferia ficar sozinha em sua casa, em Governador Valadares. Relatou, ainda, ter feito nos meses anteriores várias sessões de fisioterapia pela Clínica de Todos. Também por esta clínica, pagou por um atendimento ginecológico, no qual foi submetida a um procedimento para retirada de uma carne esponjosa no útero. Fez exames de biópsia, ultrassonografia endovaginal e exames dos rins, sendo todos pagos e com resultados normais. Afirmou sentir muita dor na coluna e nos joelhos, além de dificuldade para dormir e de sentir medo, sem especificar de quê. Aguardava consulta com um ortopedista e um fisioterapeuta pelo SUS. Sobre as perspectivas de melhora, A. considerou como elementos que a ajudava a oração, os cultos religiosos e, em especial, os hinos da igreja e os sorrisos dos netos. Também afirmou que ficar em silêncio era bom, embora reconhecesse que se ficasse só em casa seria pior. Sobre as atividades que poderia realizar, mencionou ter vontade de fazer alguns exercícios na praça, perto de sua residência, e de aprender a costurar. Gostaria de fazer acompanhamento psicológico individual na unidade, por ter dificuldades de se locomover para outras mais distantes. Não havia aceitado o acompanhamento em grupo.

Na discussão com a equipe em novembro de 2015, fomos informadas que houve o agendamento de um atendimento psicológico individual (apoio do NASF) para a usuária e que ela não compareceu. Quanto ao atendimento psiquiátrico, que havia sido agendado para junho, não ficou claro se, de fato, aconteceu, porque o psiquiatra do NASF estava de férias e

⁷⁴ Conforme anteriormente exposto, a usuária havia deixado o emprego por estar se sentindo doente, em janeiro de 2014, sendo que seu ex-patrão faleceu um mês depois.

em processo de aposentadoria no período. Até então, A. não tinha se consultado com o ortopedista e o fisioterapeuta.

4.1.2 Relação Trabalho, Saúde e Adoecimento Mental

4.1.2.1 Na perspectiva da usuária

A possível relação entre o trabalho de A. e seu processo de adoecimento pode ser percebida pelas condições de vida que marcaram sua infância, levando-a a iniciar no trabalho doméstico aos 7 anos, e acabando por determinar em boa medida, as condições em que viveria ao longo de sua vida, conforme o exposto a seguir. Ao ser questionada sobre quando procurou um serviço de saúde e o que sentia, sua resposta foi elucidativa nesse ponto:

Eu procurava, eu não sabia o que eu tinha, né? Eu fiquei tão ruim ao ponto de não aguentar mais trabalhar (silêncio). Era uma coisa horrível, cabeça, não dormia. Isso vem desde os 15 anos, acho que da infância. Eu não tive infância. Fui trabalhar muito criança. Eu trabalhava de doméstica desde os 7 anos. Desde (Governador) Valadares comecei a trabalhar pra ajudar em casa. A gente tinha que ir porque mandavam. A gente tinha de ir. Não é porque a gente queria. Necessidade da família mesmo (voz embargada)... Eu era muito criança. E daí eu fui trabalhando. Depois eu saí, fui pra longe, às vezes, ficava a semana toda. Não tinha carinho de pai, nem de mãe (silêncio, chora).

Sobre as condições desse trabalho, A. foi bem clara:

Nessa época ninguém registrava (carteira de trabalho). A gente era igual escravo, a gente era igual escravo, igual escravo. Tinha que fazer o que eles mandavam. Era lavar roupa, era tudo, tudo. Cuidava de menino, se não cuidava, falavam que iam me bater. Era assim.

Questionada se já havia sido agredida por algum patrão, respondeu: “*Uma sim, os filhos também. Eu tinha vontade de brincar...*”. Como A. trabalhava, não foi para a escola quando criança. Nessa época, por volta de 1965, no interior de Minas Gerais, era comum as crianças começarem a frequentar a escola pública aos 7 anos, quando iniciavam a primeira série do, então, denominado ensino primário. Mas com essa idade, A. foi trabalhar na casa de uma prima de seus pais, para ajudar no sustento da casa. Quando adolescente, passou a frequentar o Movimento Brasileiro de Alfabetização (Mobral), o suficiente para aprender a ler e a escrever: “*Eu fui pro Mobral, mas eu dormia. Era à noite. Eu trabalhava de dia e chegava lá e dormia.*” Quando tinha 14 anos, A. começou a namorar, o que acabou interferindo também nos seus estudos:

Eu comecei a querer aprender um pouquinho, mas eu saí. Arrumei um namorado, fiquei interessada, não tinha nem 15 anos, comecei a interessar por ele. A gente, ele ficava muito em cima de mim. A minha mãe gostou muito dele, queria que eu casasse com ele. Mas eu não queria. Eu ia terminar o noivado. Estava trabalhando em casa de família, ainda, nessa época. Ele falou que se eu não casasse, que ele ia me matar. Ou, eu ia ser dele, ou, não ia ser de mais ninguém. Ele mexia comigo (fazia sexo). Eu era muito criança, não podia falar (chora). Tinha nem 15 anos... Minha mãe falou que se eu não casasse, não sairia pra lugar nenhum. Eu não saía, era só trabalhar mesmo. Eu, com medo, não falei pro meu pai. Essas pessoas muito severas, meu pai. Não podia nem pegar na mão, nessa época. Ele não deixava, até me bateu uma vez. Aí casei, casei grávida do primeiro filho. Ele não me deixava sossegada, que eu não ia ser de mais ninguém. Casei e foi só sofrimento. Só sofrimento.

A. relatou ter ficado 26 anos casada com este homem. O primeiro filho morreu aos 2 meses de idade. O breve momento de infância que relatou ter vivido, foi após a morte desse filho:

Depois que eu casei e meu filho morreu, ele morreu com 2 meses, é que eu fui brincar. Dezesesseis anos. Brincava igual menino na rua, com os meninos em frente à casa que eu morava, jogava bola, brincava de pique. Aí, que eu fui brincar, depois de casar. Era uma coisa que não tinha maldade. Eu não tinha.

No entanto, como o ex-marido sempre estava desempregado, e com os outros quatro filhos que foram nascendo, A. retornou ao trabalho de empregada doméstica: “*Ele (o ex-marido) saía, chegava de madrugada, desempregado, não tinha nem o que comer. Então, desde que eu casei... (chora)*”.

Conforme foi exposto, havia cerca de 33 anos que A. e sua família migraram para essa cidade da Região Metropolitana de BH, tendo seus dois filhos mais novos nascidos nessa cidade. Como o ex-marido tinha dificuldade de manter-se empregado, A. passou a trabalhar em diversas casas de família, muitas vezes sendo ajudada por uma das filhas, possivelmente, a mais velha, que viria a se tornar empregada doméstica também.

O casamento foi marcado pela violência. Além de ameaças constantes de agressão e de morte, A. afirmou ter sido agredida fisicamente duas vezes pelo ex-marido. Revelou, ainda, que o ex-marido sugeria-lhe práticas sexuais, com as quais não concordava, o que provocava mais violência psicológica. Também revelou, com intenso sofrimento, que ele abusava sexualmente das filhas. Em uma ocasião, presenciou quando ele tocava os seios da filha mais nova, que tinha 13 anos na época. Depois, as outras duas filhas revelaram-lhe que havia muito tempo, elas se vigiavam, evitando ficarem sozinhas perto do pai. A. não denunciou o marido, por receio que ele pudesse ser morto, se fosse preso. Segundo A., quando adoeceu, ele a abandonou por ter outra companheira. O abandono e as preocupações com o sustento dos filhos, ainda adolescentes, agravaram, inicialmente, sua situação:

Aí, ele, graças a Deus, foi embora de casa. Mesmo assim, parece que a gente, não queria separar, não era porque eu gostava dele não, entendeu? Não sei, parece que era medo de enfrentar as coisas, eu tava muito doente, depressão muito forte.

Paralelamente a essas vivências, A. seguia com seu trabalho como empregada doméstica. Ficou 26 anos na casa de um casal de idosos. No primeiro ano, trabalhava três vezes por

semana nesta casa e em outros dois lugares, como zeladora de uma igreja e como empregada doméstica em outra casa, sendo ajudada por uma das filhas. Todos os três trabalhos eram informais. Neste período, não acumulava a função de cuidadora, pois ambos os idosos estavam bem de saúde. No segundo ano, com o adoecimento da senhora da casa, passou a dedicar-se integralmente a esse trabalho, acumulando a função de cuidar da idosa – dava-lhe banho, os remédios, acompanhava ao médico e nas internações. Com a morte da idosa, cerca de um ano depois, A. assumiu o cuidado de todo serviço da casa e, com o passar dos anos, também passou a cuidar do idoso, que foi adoecendo e debilitando-se.

Sobre suas atividades de trabalho, relatou que fazia a arrumação da casa, as compras de supermercado, cozinhava, lavava e passava as roupas, além dos cuidados com o idoso, como dar o banho, os remédios e administrar os tratamentos, conforme a necessidade (cuidar das feridas que teve, por exemplo). Iniciava a jornada de trabalho por volta das 7h.30min. e não tinha horário certo para ir embora. Nos períodos de maior debilidade do idoso, dormia no trabalho até três vezes por semana. Quando isso acontecia, o idoso pagava-lhe um pouco a mais no seu salário mensal. Não tinha folga semanal. Como morava perto da casa do patrão, aos domingos, fazia seu almoço e jantar. Relatou, ainda, que o idoso comprava-lhe as férias. Assim, em 26 anos de trabalho, afirmou ter tirado férias apenas uma vez: *“Eu só tirei férias uma vez porque fiz cirurgia nas pernas. Aí, minha filha ficou no meu lugar.”* Ainda assim, como vimos, as férias foram por um motivo de saúde, não para o devido e necessário descanso.

Outro ponto que merece destaque é o relato de que, mesmo durante a noite ou quando estava de atestado, A. era chamada para cuidar do idoso. Era comum, o patrão telefonar quando estava com dor e também quando foi assaltado: *“Aí, ele (o ladrão) entrou lá e ele (o idoso) chamou eu para ir lá. Tudo ele chamava era eu. Eu tava em casa, dormindo, meia noite, tinha de sair correndo”*. Quando A. teve um atestado de dez dias, devido um problema na coluna, avisou aos filhos do patrão que teria de fazer um repouso rigoroso. No dia seguinte, o idoso telefonou-lhe às 9h. da manhã, para dizer que estava sozinho e que, ainda, não havia tomado café:

E eu não podia sair, o médico falou para eu ficar na cama o dia inteiro, só ir no banheiro. Não pude, a cabeça minha não tava, não sabia se saía de casa. Aí, minha filha foi lá dar o café para ele e eles (os filhos) não foram olhar. Ele ficou uma semana sem tomar banho...

Essa não separação entre o horário de trabalho e o horário de descanso foi marcante para essa trabalhadora. Mesmo após a morte do idoso, A. relatou ser comum escutar o telefone e pensar que era o ex-patrão, ou mesmo, ouvir sua voz, chamando-a:

Até depois que ele morreu eu ficava, o telefone tocava, eu fiquei com isso na cabeça. Eu achava que era ele que estava me chamando, sentia que ele estava me chamando lá fora. Tava varrendo, corria, oi, isso tudo na minha cabeça.

A. relatou, ainda, ter vivenciado uma situação de assalto enquanto trabalhava, o que repercutiu, respectivamente, em sua saúde mental:

Lá na casa, uma vez entrou um ladrão. Depois eu fiquei assim (com medo). Primeiro, tinha entrado com ele (o patrão) sozinho, machucou ele. A segunda vez eu tava lá. Era de dia. Eu tava saindo do corredor pra cozinha, eu encontrei com ele na porta, eu levei aquele susto. Ele queria dinheiro... E, às vezes, quando eu tava trabalhando eu sentia alguém chegar perto de mim. Medo de gente lá fora. Medo, coisa que não tem, tá na gente mesmo, né?

Ela afirmou, também, que os filhos do idoso raramente o visitavam. Apenas no último ano de vida dele passaram a frequentar mais a casa. O limite que ela conseguiu colocar nas tarefas que assumiu, foi o de não trabalhar domingo à noite. Relatou que neste dia, ela passou a se ocupar “só” do almoço do idoso. Quando questionada sobre o que era mais difícil neste trabalho, afirmou que gostava do idoso e de cuidar dele, mas apontou como dificuldade a responsabilidade de exercer este cuidado sozinha, pelas cargas físicas e emocionais envolvidas nessa tarefa:

Foi essa responsabilidade. Ele falava comigo: ‘Não me deixe’. Num tinha coragem de largar ele, uma, porque eu precisava do meu salário, outra, era que eu peguei amor por ele. Mas ninguém entendia isso. Os filhos não entendiam. Num tinha coragem de deixar ele. Ele dizia: ‘Não me deixe, não demora e eu tô morrendo. Não precisa arrumar a casa, só dá comida e vai embora.’ De tanto que ele agarrou em mim. Eu tava com dor nos joelhos e coluna. Eu pedia pros filhos arrumar alguém para arrumar a casa de 15 em 15 dias e eles, nada. Ele falava para os filhos: ‘Cuida da A., ela num guenta mais’.

Ao ser questionada a respeito da relação que estabelecia entre seu trabalho, sua saúde e seu adoecimento, afirmou:

Numa época contribuiu para adoecer mais. Eu devia ter parado. Eu continuei. Não pensei em mim, tava pensando muito nele (no idoso). Devia ter parado, num tirava férias. Ele era uma pessoa tão boa... Eu não estava tendo vida. Os médicos falavam: ‘Você vai morrer primeiro que seu patrão, se continuar assim’.

Sobre o que causou seu adoecimento, A. foi bem clara ao expor o efeito cumulativo de suas vivências pessoais e profissionais:

Tudo. Um casamento que num tava pronta. Um filho que morre, dois meses de nascido. Essas coisas, num queria acreditar nas coisas que estava vendo... O pior é aqui, a cabeça estando ruim, as torturas. A tortura que eu tive, eu pensava que tava doida.

Sobre o que eram essas torturas, respondeu:

O casamento, né? Pressão eu não aguento mais. Além do marido, desde pequena pressionada pelos patrões. Se não trabalhasse, não comia. Ia pros lugar. Deus que protege, porque se sumisse por lá... Subia no banquinho para lavar roupa. Uma patroa saía e, além do serviço da casa, tinha de olhar um menino. Ela dizia: ‘Se acontecer alguma coisa você vai apanhar’.

A. se referiu, ainda, à sua filha mais velha, revelando, sem dar-se conta, como sua condição de vida estava sendo reproduzida pela filha, que era quem a ajudava quando adolescente:

Minha filha estava cuidando de duas crianças, ela demorava a chegar em casa. Eu fiquei cuidando dele (do neto de 5 anos) por uma semana. Ia buscar na escola e ele falava: 'Cadê minha mãe, eu quero a minha mãe'. Fazia ânsia de vômito, o coraçãozinho disparava. Isso aí não foi bom para mim não. Ela trabalhava em casa de família. Saiu só com os dias trabalhados e ela ficou lá quase um ano. Está grávida. Não foi bom para ela. Ela saía, o filho ainda estava dormindo, quando voltava, ele já estava dormindo... Tem pessoa que não reconhece nada não, filha. Não reconhecem. Eu sei, já trabalhei.

4.1.2.2 Na perspectiva dos profissionais

A médica da ESF que indicou o caso A. para pesquisa justificou esta escolha, porque, além do tempo e a frequência com que esta usuária procurava a unidade, demandando, dentre outras atenções, constantes relatórios para o INSS, percebia a necessidade de compreender melhor a relação entre o seu trabalho e seus sintomas, para distinguir o que poderia ser um “ganho secundário” da mesma:

A gente sabe que o trabalho é pesado, mas, não sei se a vida toda ela foi assim, teria de perguntar sobre a infância, aprofundar. Ela sempre demandou relatórios para o INSS. A fibromialgia tem um lado emocional e tem um lado que pode ser do esforço. Acho que o trabalho contribuiu muito, mas há, também, ganho secundário. Acho que ela se sente injustiçada e não a culpa por isso. Não sei se o trabalho adoeceu tanto. Ela valoriza demais a queixa, para ter relatório do INSS (Médica da ESF).

Para esta médica, A. era uma cuidadora de idosos. Ela desconhecia as tarefas que estavam envolvidas em seu trabalho, bem como não conhecia sua história de vida e trajetória profissional.

O médico que substituiu a médica de referência no seu período de licença maternidade, não se lembrou da usuária. Ao expormos o caso a ele, afirmou perceber que, em casos de pacientes como A., com muitas queixas e muito trabalho, os sintomas físicos levam aos sintomas mentais e vice-versa. No entanto, como ele não se lembrou, especificamente, dessa usuária, não pôde contribuir na discussão sobre o caso.

A psicóloga do NASF também não se lembrou de A. Tinha uma vaga lembrança de que era um caso que incomodava a equipe pelas queixas constantes e que seria uma paciente para o grupo de saúde mental, por apresentar um quadro crônico de sintomas depressivos. Mencionou que o grupo nesta unidade funcionava bem, acontecendo a cada vinte e um dias, devido à sua disponibilidade de tempo. Chegou a mencionar, inicialmente, que poderia olhar o prontuário de A. junto à ESF para se lembrar do caso e, então, marcarmos nova entrevista. No entanto, apesar das várias tentativas da pesquisadora, esta segunda entrevista não aconteceu. Pelo sucinto registro no prontuário, conforme anteriormente exposto, essa

psicóloga considerou A. uma “*paciente depressiva, com dores*”. Não havia informações sobre a adesão ao grupo, que segundo a médica, foi-lhe proposto. A psicóloga de apoio do NASF não havia atendido A. Como soubemos, por ocasião da discussão sobre o caso com a equipe, a usuária não foi ao atendimento agendado.

O psiquiatra do NASF não aceitou participar da pesquisa. As informações que temos são as referentes aos dois atendimentos registrados no prontuário da usuária. Observamos por estes que A. apresentou algumas queixas sobre seu trabalho, como o fato de não ter férias, de não ter sido feito o recolhimento devido de seu INSS, de não ter tempo para si, de estar cansada de cuidar de doentes e de não poder reclamar no serviço. No entanto, não foram registradas as condições desse trabalho, nem as tarefas envolvidas que ultrapassavam a de cuidadora de idosos, como vimos. Pelos registros do prontuário, o psiquiatra também considerou A. uma cuidadora de idosos, sem fazer menção ao fato de ser ela, também, uma empregada doméstica, nem sobre as cargas física e emocional envolvidas nestas múltiplas tarefas. Chamou-nos a atenção suas observações sobre a usuária. No primeiro atendimento, em novembro de 2013, registrou: “*Natureza agitada, nervosa. Vitimização?*” Em fevereiro de 2014, quando ocorreu o segundo atendimento, ele anotou: “*Quadro depressivo. Vitimização? Vida de doente.*” Em ambos os atendimentos, ele questionou a possibilidade da usuária estar se vitimizando. No entanto, não havia maiores informações sobre as condições de vida e de trabalho da usuária, nem sobre como seria a dinâmica intersubjetiva que estaria produzindo estes possíveis sintomas de “*vitimização*” e o que chamou de “*vida de doente*”. Além disso, não observamos nenhuma indicação de tratamento para este quadro, além do medicamentoso.

Por fim, a enfermeira da ESF trouxe outros elementos para análise, além das queixas da usuária. Relatou conhecê-la havia 5 anos, quando ainda era apoiadora do distrito⁷⁵. Considerava-a muito simpática e inteligente. Afirmou que ela tinha, no geral, boa saúde e sempre manteve uma relação amistosa com toda a equipe: “*A gente gosta dela. Não é todo paciente que a gente tem essa paciência*”. Segundo ela, a usuária também era cuidadora de idosos, desconhecendo as demais tarefas que realizava. Sobre a relação entre esse trabalho e seu adoecimento, relatou que este poderia ter sido agravado, principalmente, quando ela descobriu que o patrão e seus filhos não pagaram seu INSS, apesar de toda dedicação que demonstrou a eles. Reconhecia, também, que o trabalho tinha um significado importante para A., sendo difícil, para ela, não estar trabalhando:

⁷⁵ Apoiadora do distrito: era uma função técnica, no caso, uma enfermeira que ficava na sede do distrito e ajudava na discussão dos casos e, entre outras funções, cobria as férias das enfermeiras das unidades com ESF.

Acho que a melhora é maquiagem, que ela não melhorou. Ela tem um olhar triste, mesmo quando ela está boa. Quando sorri, eu vejo uma tristeza por trás. Talvez por uma solidão. Ela se queixa de ser inútil. Acho que ela sente falta de trabalhar, mas, que ela não dá conta de trabalhar mais (Enfermeira da ESF).

A questão do possível ganho secundário também foi apontada por esta profissional, embora tenha afirmado que havia um sofrimento real na usuária: *“Com o tempo, comecei a perceber que ela estava em sofrimento e queria ganho secundário: atestados, afastamentos... Ela não estava simulando, ela estava em sofrimento.”* Para a enfermeira, faltava a essa usuária um protagonismo maior para reagir à situação e cuidar mais de sua saúde. Mencionou que, diante dos encaminhamentos e orientações fornecidos, ela sempre reclamava da distância dos lugares e não seguia as recomendações, como a de fazer alguma atividade física, o que lhe ajudaria nos sintomas depressivos e na dor crônica. Esta enfermeira acrescentou, ainda, que alguma modalidade de grupo com atividades variadas, como um grupo operativo, poderia estimular a adesão dessa usuária, sendo o grupo um dispositivo terapêutico importante para o melhora de seu quadro.

Quando discutimos este caso com a equipe do NASF, a fisioterapeuta reconheceu que havia ocupações, como a de empregada doméstica, que teriam prazo de validade, dado o esforço físico necessário para desempenhá-la, mesmo quando existem as pausas necessárias e a forma adequada de execução dos movimentos. A fisioterapeuta e a psicóloga mencionaram que a indicação para esta usuária seria o acompanhamento grupal, tanto para a questão da dor crônica, quanto para os sintomas depressivos. Sobre a possível relação entre o trabalho como empregada doméstica e o adoecimento mental, esta equipe não teceu comentários.

Finalmente, quando apresentamos o caso à equipe do CEREST, a maioria dos profissionais presentes, a princípio, ficou em dúvida se seria um caso de ST, para o qual eles poderiam contribuir, embora reconhecessem que havia muitas usuárias também empregadas domésticas, com quadros semelhantes sendo tratadas na unidade. Para estes profissionais, o fato de não ser possível identificar um elemento exclusivo, relacionado ao trabalho, que justificasse o sofrimento da usuária, mas sim, todo um conjunto de condições de vida, incluindo de trabalho, não faria de A. um caso para o CEREST. A psicóloga da unidade defendeu que poderia ser um caso para a equipe do CEREST matricular, para o atendimento com a própria ESF: *“O atendimento foi bem feito, encaminharam para psicologia, psiquiatria, ortopedista. Não haveria o quê a gente fazer. A gente faria o mesmo que eles fizeram. Se tivessem mais dúvidas, poderiam falar com a gente. No mais, é parabéns para eles.”* Para essa psicóloga, o sofrimento de A. não viria especificamente do trabalho, mas do somatório de vivências. Sendo assim, não seria caso para o CEREST. A gerente da unidade reconheceu que o trabalho

nessas condições já seria, em si adoeceador, e que, embora o caso tenha sido bem encaminhado, a usuária continuava sofrendo, sendo necessário oferecer a ela um acolhimento. Questionou o que a equipe do CEREST poderia fazer de diferente da APS para casos como o de A., ressaltando que a proposta da ST vai além do atendimento, abarcando também a vigilância e o estudo. Levantou a possibilidade de formar algum grupo com atividades geradoras ou, ainda, algum estudo com mulheres dessa faixa etária, para compreender melhor e intervir em casos de fibromialgia, contribuindo com toda rede. Além disso, ressaltou os impactos do trabalho infantil na vida e na saúde, especialmente, de mulheres na faixa etária de A. No entanto, não houve consenso dos profissionais dessa unidade sobre o que poderia ser ofertado como suporte para a ESF, no que dizia respeito à condução desse caso específico.

4.1.3 Redes de Atenção à Saúde do SUS

4.1.3.1 Na perspectiva da usuária

A. afirmou fazer o acompanhamento junto à ESF havia muitos anos: *“Deve ter uns 10 anos, é que eu iniciei, mas não teve resultado nenhum”*. Apesar de não ver o resultado do tratamento, diversas vezes, ao longo das entrevistas, relatou o quão atenciosos eram os profissionais da equipe, destacando o primeiro médico da unidade, que a atendia semanalmente e a médica atual: *“O médico me dava muita atenção, eu vinha toda semana. Não lembro o nome dele não. Preocupado comigo, com a situação minha... Aqui eles fazem o que podem. A Dra. escuta muito a gente...”*. Na ocasião da entrevista, relatou frequentar a unidade a cada dois meses.

Quanto ao período que preferiu ser atendida apenas na Clínica de Todos, relatou que o médico substituto tinha dificuldade de compreender os remédios que ela fazia uso, além de não conversar muito: *“O substituto, eu não consegui, não era porque ele era ruim. Aí, voltei para a Clínica de Todos no Barreiro... O médico cubano não entendia meus remédios, ele não conversava. É bom conversar, falar: A., tá tudo bem?”*

A. ressaltou, em vários momentos, a necessidade que sentia de conversar com os profissionais que a atenderam, ficando incomodada quando estes eram rápidos ou quando havia a presença de residentes no atendimento médico. Relatou que, certa vez, houve três médicos observando sua consulta, o que a inibiu de falar como realmente estava: *“Eu fiquei quietinha”*.

Sobre a rapidez nos atendimentos, além do médico substituto que não conversava com ela, A. avaliou os atendimentos psiquiátricos do NASF, da seguinte forma:

O psiquiatra atendeu umas duas vezes, uma vez mudou os remédios e num deu certo. Ele falou que não tinha nada para fazer pra mim, já estava tomando os medicamentos. Ele não é muito de conversar com a gente. É rápido. Ele falou: ‘já está medicada, não pode ficar mexendo’.

Quanto ao atendimento psicológico, também do NASF, destacou a importância de poder contar com o atendimento na unidade e a necessidade de conversar, para além de ingerir remédios:

Teve uma vez... Não conversamos muito não. Foi rápido. Se tivesse aqui eu vinha, longe não vou. Eu tô tendo muita sonolência... Acho que tinha que ter uma psicóloga aqui, mais perto, eu fico desanimada de andar... Não é só tomar remédios...”.

Para ela, a necessidade de conversar deve-se ao entendimento que tem sobre a característica dos problemas psicológicos: *“Problema psicológico é o que tá atrapalhando a gente”*.

Questionada sobre a possibilidade do atendimento grupal que lhe foi ofertado, foi categórica: *“Não, não quero. Não vou contar minhas coisas perto dos outros, ainda mais se morar perto da minha casa. Depois sai contando as minhas coisas. Já tive experiências assim na minha vida”*. Sobre a possibilidade de participar de algum grupo com atividades variadas, afirmou ter vontade de aprender a costurar, reconhecendo que se ficasse quieta em casa, pioraria: *“Eu ia tentar... Só dentro de casa a gente vai se entregando cada vez mais.”*

Sobre o tratamento às questões de seu trabalho nos atendimentos no SUS, afirmou que era escutada e orientada a sair desse emprego, pois este contribuiria para o seu adoecimento: *“Sim, a médica falava: ‘Sai de lá’.”* Esta também foi a orientação de outros médicos da Clínica de Todos, entre o final de 2013 e início de 2014, quando ela estava em crise e saiu do emprego: *“Os médicos falavam: ‘Você vai morrer primeiro que seu patrão, se continuar assim’ ”*.

Quanto à diferença entre os atendimentos do SUS e os da Clínica de Todos, afirmou que nas ocasiões em que procurou o atendimento particular tinha dois motivos: agilizar os exames e as consultas especializadas e ser atendida por outro médico, quando não estava satisfeita com o do SUS. Ela afirmou: *“Se fosse pelo SUS, demorava mais para fazer o exame. Igual a*

fisioterapia e os exames ginecológicos. Todos me tratavam bem. No particular é mais rápido”. Mas, observamos que, mesmo tendo acessado o atendimento psiquiátrico no SUS, A. também procurou psiquiatras na Clínica de Todos. Pelas informações anteriormente descritas, A. avaliou que os atendimentos psiquiátricos no SUS eram muito rápidos e focados na medicação. Ela sentia falta de profissionais que perguntassem sobre sua vida e de poder conversar com eles, relatando que os psiquiatras particulares conversavam mais.

Esta necessidade de ser ouvida apareceu em vários momentos das duas entrevistas realizadas. Ao final da segunda entrevista, ela fez questão de agradecer a oportunidade de participar da pesquisa, registrando o fato de ter sido escutada: *“Eu agradeço você me ouvir”*.

4.1.3.2 Na perspectiva dos profissionais

Observamos que as profissionais que se lembravam de A. e tinham algo a dizer sobre ela foram a enfermeira e a médica da ESF. Ainda assim, relataram mais suas queixas e sintomas, desconhecendo sua história de vida, sua trajetória profissional e, mesmo, as condições sob as quais trabalhava no seu último emprego. O tempo todo A. foi apontada como uma cuidadora de idosos e não como uma empregada doméstica, com as múltiplas tarefas que a usuária descreveu nas entrevistas para esta pesquisa. A própria enfermeira reconheceu: *“A gente fica no automático e não aprofunda na história de vida.”* Quando discutimos o caso, como parte da discussão coletiva dos resultados da pesquisa, essas duas profissionais admitiram que conhecer essa história esclarecia melhor as demandas da usuária: *“Esclareceu muitas coisas”*, afirmou a médica. Segundo a enfermeira: *“Quisera a gente ter mais tempo para dedicar ao paciente. A gente sente necessidade, mas não consegue.”*

As constantes queixas de A. e os possíveis ganhos secundários que ela tentaria obter foram os temas recorrentes, quando essas profissionais falavam sobre ela, sem um aprofundamento dos motivos e dos mecanismos que engendravam seus sintomas. Sendo assim, para explicar os motivos da sua não adesão ao atendimento psicológico, a médica afirmou: *“Porque ela não quis. Depois que ela começou a receber INSS, ela mudou. Antes, vinha toda semana pedir relatório. Ela parou. Quando interessa ela, pelo INSS, ela procurava”*. Para a enfermeira, ela teria entrado *“num processo de autopiedade”*, o que seria comum em muitos usuários:

Muitos pacientes esperam que o serviço resolva seus problemas. Acho que é muito social, já vem de uma família que não tem estrutura, nem religiosa, nem social, um filho de cada pai, meninas repetindo erros da mãe... não têm um desejo de melhorar... É social (Enfermeira da ESF).

Observamos, portanto, uma dificuldade das profissionais de compreender as questões sociais como uma categoria de análise e intervenção possível de profissionais de saúde, ultrapassando os juízos morais e generalizações. O mesmo pode ser observado com a questão do trabalho de A., visto, geralmente, como parte de suas queixas, não como uma categoria que poderia ajudar a compreender sua trajetória, sua margem de escolhas de vida e suas queixas e sintomas. O fato de esse trabalho estar diretamente relacionado às condições de vida da usuária, tendo o trabalho infantil marcado sua trajetória, não foi levado em consideração, nem mesmo na discussão com a equipe do CEREST, com exceção da gerente dessa unidade.

No entanto, havia uma preocupação das profissionais da ESF em compreender melhor o caso. Por este motivo, A. foi indicada para a pesquisa. Também observamos o interesse dessas profissionais em pensar outras possibilidades de intervenção, que pudessem ser mais eficazes na melhoria da qualidade de vida dessa usuária e de outros usuários do serviço, com quadros crônicos de transtornos mentais. A enfermeira questionou a indicação de acompanhamento individual apenas para casos graves e o fato dos casos leves e moderados ficarem, muitas vezes, apenas com o tratamento medicamentoso: *“Temos casos de depressão leves, moderados e graves. Se fizermos algum grupo com todos, porque a gente fica socando medicamento nos casos leves, mas esses leves podem ficar graves. Se houvesse algum grupo, talvez não ficassem graves...”*. Entretanto, afirmou que havia entre os usuários uma dificuldade de aderirem aos grupos que já haviam desenvolvido, ressaltando que era preciso que a equipe, juntamente com o NASF, planejasse outras modalidades de atividades grupais. Esta enfermeira acreditava que os grupos mediados apenas pela palavra eram mais difíceis de serem aceitos pelos usuários e que, talvez, um grupo operativo pudesse ser mais atraente. Neste grupo, os usuários seriam estimulados a fazer alguma coisa, a aprenderem alguma atividade, comemorarem os aniversários juntos e a doarem algo para o espaço coletivo – um lanche, uma receita culinária, um conhecimento, etc.

Quando questionamos a ESF a respeito dos motivos de não realizarem este tipo de grupo, a médica afirmou: *“Aí, a gente deixa para o NASF”*. A enfermeira concordou que a condução era do NASF. Quando fizemos a mesma questão à equipe do NASF, a psicóloga afirmou: *“O problema é o PSF assumir o grupo, o grupo não é do NASF... É atribuição do PSF e o NASF participa”*. Com isso, observamos que existe um problema de comunicação entre as duas

equipes, faltando uma discussão entre elas sobre esta possibilidade de intervenção e a definição clara das atribuições de cada uma na condução dos casos crônicos de saúde mental.

Sobre a possível contribuição do CEREST para o caso, a equipe relatou, mais uma vez, desconhecer qual seria seu papel. Segundo a enfermeira: “*O único momento que o CEREST procurou a gente foi para cobrar o perfil produtivo e não sei para que foi feito, não houve retorno.*” Também desconheciam o conteúdo da PNST, não sabendo informar que ações seriam preconizadas em ST para a APS.

Sobre o apoio possível do CAPS, a equipe afirmou não ter realizado o encaminhamento a esta unidade, por avaliar que A. era um caso crônico e não estava em crise, o que justificaria seu atendimento em uma unidade de urgência. Mas como vimos, a enfermeira questionava essa prerrogativa de atendimento individual apenas para casos graves, não sendo muito claro, para ela, quais seriam os casos a ser acompanhados pelo CAPS, pois como argumentou, mesmo os casos crônicos e os leves poderiam se agravar. No entanto, ainda que não tenha sido encaminhada ao CAPS, a usuária buscou espontaneamente esta unidade. Não observamos no prontuário e nas entrevistas com os profissionais da ESF, que tenha havido alguma contrarreferência da usuária pelo CAPS para a APS, nem por escrito, nem verbal. Acreditamos que esse processo de contrarreferência, principalmente, se fosse um encontro entre as duas equipes para a discussão do caso, poderia ter contribuído para melhor compreensão e condução do mesmo, pela ESF.

Questionada se na condução desse caso a equipe do ESF teria ficado sozinha, a enfermeira afirmou:

Eu percebo essa solidão sim. O NASF não dá tanto apoio... Na prática esse modelo tem falhas. O PSF não é o salvador da pátria. Não tem como um médico generalista e um enfermeiro darem conta de tudo. A generalização é muito grande. O NASF veio como um apoio para essas equipes. Só que o NASF ainda não acertou o trilho, mas é uma saída. Não sei se a dificuldade é daqui só ou de outros municípios... O próprio NASF está sucateado, um psicólogo para 13 equipes é muito (Enfermeira da ESF).

Para a médica e a enfermeira da ESF seria importante dimensionar melhor o volume de trabalho do psicólogo, por exemplo, do NASF. Relataram que, pela PNAB, havia este dimensionamento para a ESF, o que servia como uma referência para os gestores e os próprios trabalhadores. O mesmo não ocorreria com a equipe de especialistas do NASF, que elas julgavam estar sobrecarregada com tantas demandas de tantos territórios diferentes. A própria equipe do NASF relatou-nos, várias vezes, que estava assumindo mais territórios que o preconizado para ela. Além disso, não podia contar com a participação efetiva do psiquiatra que não estava disponível para discutir os casos e, mesmo, para o atendimento, já que a previsão era de apenas oito horas semanais. Ressaltamos, também, que a psicóloga do NASF

além dos atendimentos e reuniões de matriciamento sob sua responsabilidade, assumiu a coordenação da equipe por um período, o que contribuiu para um acúmulo ainda maior de suas tarefas.

Sobre a rede de atenção aos usuários, a enfermeira relatou como suas condições de trabalho interferiam nessa construção e na sua própria saúde:

A gente tem um problema de rede grave. Os pacientes se perdem e mesmo a gente sendo PSF, não pense que a gente sabe de tudo, porque a demanda engole a gente. Não tenho um gerente para resolver nada. Além de atender, fazer um curativo, fazer uma visita, eu tenho que responder pela parte administrativa, documento. Se queimar uma lâmpada, perigo eu ter de trocar a lâmpada. Isso adoce a gente (Enfermeira da ESF).

Para finalizar, cumpre ainda relatar a dificuldade apontada pelo médico substituto, cujo acompanhamento não foi aceito por A. Originário de Cuba, este clínico integrou ao SUS pelo programa Mais Médico⁷⁶. Afirmou que nos primeiros meses de sua estada no Brasil teve como dificuldade a falta de domínio da língua portuguesa, destacando que nos primeiros meses precisou de muita ajuda da enfermeira da equipe: *“A língua, apesar de ser parecida, no dia a dia que a gente vai entender mesmo, no nível cultural. Nos primeiros meses, tive muito ajuda da enfermeira”*. Para a enfermeira, além da questão da língua, esse médico era mais objetivo nos atendimentos, possivelmente, por ser, além de clínico geral, ortopedista. Esta objetividade nos atendimentos poderia ter dificultado a adesão de A., segundo sua avaliação: *“O atendimento do médico cubano era mais objetivo. Ela (A.) gosta que pega na mão dela, é carente. Tem paciente que gosta desse toque, que a gente fale: vai melhorar, vai dar tudo certo. Acho que foi por isso”*. Com essa informação, podemos pensar que a diferença cultural também dificultou a relação dessa usuária com esse médico. Um estrangeiro recém-chegado ao Brasil teria muitas dificuldades de compreender, para além das especificidades da língua, determinados códigos comportamentais e culturais para além do verbalizado como queixas, sintomas e necessidade de medicamentos, que expressariam outras demandas.

4.2 Caso M. – UBS

“Aquilo te faz mal mesmo. Essa coisa de relação de trabalho é muito séria, com quem você convive.” – M.

⁷⁶ Programa Mais Médicos: é um programa realizado em parceria entre os governos federal, estadual e municipal, que leva mais médicos a regiões onde há necessidade desses profissionais, além de prever investimentos para construção, reforma e ampliação de UBS, novas vagas de graduação e residência médica (Mais médicos, 2016).

4.2.1 Percurso no SUS

M. nasceu em 20/11/1974, em Janaúba, Minas Gerais. As duas entrevistas para esta pesquisa ocorreram nos meses de abril e setembro de 2015. M. contava, então, com 40 anos. Mudou-se para BH aos 16 anos, quando passou a morar na casa de uma senhora onde trabalhava como empregada doméstica e era “*criada no meio dos netos dela*”. Relatou residir no município da pesquisa havia muitos anos, sem precisar o início. Duas irmãs também moravam nesta cidade. Teve cinco filhos, que estavam com idades entre 26 e 14 anos, sendo dois homens e três mulheres. O filho mais velho não foi criado por ela, tendo permanecido em Janaúba. Na segunda entrevista, relatou que este filho foi assassinado em maio de 2015, o que estava afetando muito o filho mais novo de 14 anos, que passou a ter problemas de aprendizagens na escola. A filha de 16 anos que na infância foi diagnosticada com psicose infantil, tendo sido acompanhada pelo psiquiatra da UBS e pela equipe do CAPSI, estava bem e não se encontrava em tratamento, segundo a mãe. A filha de 18 anos estava grávida do segundo filho. M. relatou residir com os quatro filhos e a neta de aproximadamente 2 anos. Sobre a outra filha de 22 anos, não foi tecido nenhum comentário, nem havia informações sobre ela no prontuário da UBS. Duas das filhas de M. recebiam pensão alimentícia dos seus pais. Todas as despesas da casa, inclusive o aluguel, ficavam sob responsabilidade da usuária. Relatou trabalhar havia cerca de 20 anos como empregada doméstica na casa de um casal e seus três filhos jovens, em um bairro nobre da capital mineira. Quanto à sua escolaridade, afirmou ter a 5ª série do ensino fundamental.

No SUS estudado, segundo o prontuário da UBS de referência, M. teria iniciado sua trajetória em fevereiro de 2013, quando procurou atendimento médico devido a um quadro de diarreia e vômitos. Foi atendida e a médica anotou que a usuária era hipertensa e sua pressão arterial estava descontrolada, mas não queria tratamento⁷⁷. Em entrevista, M. relatou fazer o acompanhamento clínico do seu quadro de hipertensão e diabetes em uma UBS de BH. Como esta unidade estava localizada próxima de seu trabalho, o seu acesso no horário de funcionamento da mesma era mais fácil, podendo ela compensar o tempo de sua ausência para as consultas, ficando até mais tarde no trabalho. Relatou, ainda, fazer uso de fluoxetina havia muitos anos, devido um tratamento endocrinológico que havia iniciado no ambulatório de um

⁷⁷ Ver Apêndice F – Síntese dos Diagnósticos e Medicamentos dos 4 casos.

hospital da capital para tentar emagrecer. Embora não tenha dado continuidade a esse tratamento, continuou ingerindo o antidepressivo, que passou a ser receitado pelo seu clínico de referência da UBS de BH. Pelas anotações do prontuário da UBS estudada, sabemos que, possivelmente desde 2012, ela fazia uso constante desse medicamento.

O primeiro registro de atendimento psicológico na UBS foi em julho de 2014. Nesta ocasião, a psicóloga registrou que a usuária estava passando por vários conflitos no seu trabalho como doméstica na casa de um casal (médica e engenheiro), havia cerca de 1 ano. Registrou, ainda, que M. trabalhava neste local há 18 anos e, que, após a PEC das Domésticas⁷⁸, os patrões a estariam “*provocando*”, estando ela “*muito magoada pelo não reconhecimento do seu trabalho de cuidar dos filhos deles*” desde a infância. Em entrevista, a psicóloga relatou que se lembrava de que uma dessas provocações seria a imposição por parte da patroa de que M. levasse o almoço para ela em seu consultório. M. entendia que sua tarefa era fazer a comida, não transportá-la. No prontuário também havia o registro de que M. teria procurado uma advogada para requerer seus direitos trabalhistas na justiça. A psicóloga tinha fornecido o contato da Defensoria Pública e agendado um retorno para os próximos 15 dias. Não existiam registros de outros atendimentos. No entanto, segundo M., recebeu mais dois atendimentos desta psicóloga, sendo encaminhada por ela para o CEREST, possivelmente ao final de agosto desse ano.

Em julho e agosto, ainda em 2014, M. procurou a UBS de BH para o acompanhamento clínico de rotina. Havia uma cópia da receita dos medicamentos prescritos nestes atendimentos no seu prontuário no CEREST. Nesta ocasião, foi-lhe receitado remédios para hipertensão, diabetes, dor e o antidepressivo usual.

Também em agosto desse ano havia um registro de atendimento médico na UBS, por queixa de rinite alérgica, tendo sido atendida por uma clínica diferente da que a atendeu em 2013.

Em setembro de 2014, M. procurou o atendimento no ambulatório do Hospital Psiquiátrico Raul Soares⁷⁹, em BH. Foi diagnosticada com CID F.32.1⁸⁰ e teve um atestado de 15 dias. Segundo a usuária, não houve prescrição de novos medicamentos, mas teve o aumento da

⁷⁸PEC das Domésticas: Uma Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº 72 aprovada, após algumas tentativas, em abril de 2013, tornando-se uma Emenda Constitucional. Essa alterou a redação do parágrafo único do art.7º da Constituição Federal, para estabelecer igualdade de direitos trabalhistas entre os trabalhadores domésticos e demais trabalhadores urbanos e rurais.

⁷⁹ Instituto Raul Soares faz parte da rede hospitalar do estado de Minas Gerais.

⁸⁰ Episódio depressivo moderado.

dose da fluoxetina que já ingeria há 2 anos. Segundo seu relato, foi acompanhada nesta unidade até fevereiro de 2015, tendo consultas mensais com psiquiatras. O motivo para a procura desse serviço foi o fato de não estar conseguindo trabalhar, após uma discussão com o patrão que aconteceu em abril desse ano:

Primeiro, eu passei por uns problemas no meu trabalho. Tive uma discussão muito verbal com o meu patrão. Eu não achei justo aquilo. Depois de uns seis meses que eu estava com aquilo engasgado, aquilo não saía de dentro de mim, comecei a sentir mal, muita dor de cabeça e, assim, às vezes, eu esquecia das coisas. Não está normal, eu não tô bem... Eu estava muito cansada, minha mente, meu corpo e minha alma também. Quando eu pisava naquela casa, eu me sentia muito mal, aquilo estava me comendo por dentro, eu sentia uma raiva daquela história, que eu não merecia aquilo.

Em outubro de 2014, M. foi atendida também pelo psiquiatra da UBS, que registrou em seu prontuário que ela tinha pressão alta e diabetes, tinha “5 filhos de pais diferentes” e era “doméstica depressiva, estressada.” Entre os sintomas relatados e legíveis estavam: pressão na cabeça, coração disparado, muita dor muscular nos ombros, prostração e dificuldade para dormir. Como observação sobre a usuária, anotou: “natureza mais quieta”. Além do antidepressivo usual, esse médico receitou outros dois medicamentos psiquiátricos e diagnosticou F33.1⁸¹.

Ainda em outubro, M. foi atendida pela psicóloga do CEREST. Foi preenchido o formulário padrão da unidade e notificado seu caso no SINAN. Também foi escrita uma declaração para o INSS, seguindo a CID diagnosticada pela médica do Hospital Raul Soares. Em anexo no prontuário estava as cópias do atestado médico hospitalar e da receita médica da UBS de BH. Não havia registros de mais atendimentos. Todavia, em entrevista, a psicóloga relatou ter atendido quatro vezes a usuária e ter agendado novo retorno, ao que M. não compareceu. Segundo seu relato, no primeiro atendimento a usuária estava visivelmente em sofrimento e no quarto atendimento encontrava-se mais tranquila. Como a psicóloga considerou que o caso deveria continuar no CEREST, relatou não ter feito a contrarreferência para a UBS de origem.

Em janeiro de 2015, M. teve outro atendimento psiquiátrico na UBS. O psiquiatra registrou: “Deu uma melhorada. ‘Durmo bem, mais um pouco tranquila’. Manter.”

Em fevereiro de 2015, recebeu alta do atendimento psiquiátrico do Hospital Raul Soares. No relatório de alta estava escrito: “Quadro depressivo moderado, desde setembro de 2014, com excelente resposta após aumento de fluoxetina, quadro reativo a vivências em sua vida

⁸¹ Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado.

profissional, não caracterizando depressão endógena. Recebe alta. Segue para atendimento em centro de saúde.”

Em março, M. teve novo retorno com psiquiatra da UBS, que anotou apenas: “*Manter*”.

Em maio e julho de 2015 a usuária teve consulta e retorno com ginecologista da UBS. Não apresentou queixas. Os exames de mama e colo de útero estavam normais. Foram solicitados exames de sangue de rotina, a pedido da usuária. No retorno, foi avaliado que todos os exames estavam normais.

Em entrevista, M. relatou estar melhor, embora sua pressão arterial não estivesse estável: “*Antes eu não podia falar nada que começava a chorar, eu tinha um sentimento grande, principalmente quando lembrava a palavra que ouvi, aquilo me doía muito por dentro.*” Considerava que sua força de vontade foi o principal motor dessa melhora: “*Eu comecei a melhorar, tomar remédio, tive de lutar mesmo por dentro, quando a depressão quer vir, tem que lutar. Pensava em não trabalhar, mas continuei. Tem um tempo para Deus. Não adianta eu querer passar por cima*”. A esperança em Deus apareceu em vários momentos da entrevista: “*Ponho na mão de Deus, ele vai me retribuir cada lágrima*”. Estava decidida a deixar o emprego assim que a saúde de seu patrão melhorasse, pois estava com uma grave doença. M. manifestou o desejo de retornar para sua cidade natal: “*É só esse ano. Ano que vem vou mudar.*” No entanto, não soube dizer o que faria, nem quais seriam suas opções de trabalho em Janaúba.

Os tratamentos que fazia por ocasião das entrevistas, eram o controle da hipertensão e da diabetes pela UBS de BH e o acompanhamento psiquiátrico pela UBS, ambos bimensalmente. Relatou, ainda, estar em processo para refazer uma cirurgia de varizes (a primeira acontecera em 2011 e não teria sido efetiva), tendo a guia de autorização pelo SUS de BH. Quanto ao tratamento psicológico, relatou não ter interesse em retornar ao CEREST, por não ter ficado satisfeita com o atendimento. Entretanto, relatou comparecer, ocasionalmente, a consultas com uma psicóloga da UBS de BH. O motivo dessa irregularidade se devia à exigência de chegar à unidade até às 8 horas para agendar a consulta, o que nem sempre ela conseguia.

4.2.2 Relação Trabalho, Saúde e Adoecimento Mental

4.2.2.1 Na perspectiva da usuária

A possível relação entre o adoecimento mental de M. e seu trabalho foi indicada por ela, quando relatou os motivos de ter procurado os atendimentos médico e psicológico:

Fiquei mal, acredito que foi pela discussão, porque eu não tinha isso. Tomava um remédio para hipertensão, por causa da gordura, passei a tomar dois. Hoje tomo quatro e tem dia que está alta. Sentia dor no peito, dor no coração, achava que ia morrer. 'É porque você é rancorosa'. Não é isso. Aquilo te faz mal mesmo. Essa coisa de relação de trabalho é muito séria, com quem você convive.

M. não relatou nas entrevistas qual teria sido o teor da discussão, nem a ofensa que escutou. No decorrer da conversa, ao descrever suas atividades e as pequenas desavenças que passaram a ser cotidianas, observamos que esta ofensa teria sido apenas a gota d'água de um processo longo de exigências, sobrecargas e ressentimentos. Relatou fazer todas as atividades da casa: arrumação e limpeza, lavagem /passagem das roupas e a preparação das refeições da família. Queixou-se, especialmente, da quantidade de roupas para lavar a mão, alegando que eram roupas coloridas e bordadas compradas nos EUA, que não poderiam ser lavadas na máquina de lavar. Ressaltou que eram as roupas de cinco adultos. Um dos filhos, que fazia faculdade no interior, trazia suas roupas para ela lavar.

Quanto às desavenças, além da questão de levar a marmita ao consultório da patroa, o que diminuía seu tempo para as atividades domésticas, enfatizou a questão do preenchimento de seu caderno de ponto, pois não considerava justo ter de pagar pelos atrasos, mas não poder sair mais cedo, quando chegava adiantada:

Meu horário é 10 horas. Se chegar antes, beleza. Se chegar depois, tem que colocar no caderno de ponto. Não é certo, se eu chegar antes é bom que adianta. Dezenove horas tenho que ir embora. Isso implica comigo. Os minutos antes, fica elas por elas, e, os que cheguei depois, tenho que pagar. Não aceito, fico furiosa. A patroa fala que é coisa da minha cabeça.

Ressaltamos que com a emenda à Constituição em relação aos empregados domésticos, ficou estabelecida a carga horária de oito horas diárias e quarenta e quatro horas semanais, obrigando os patrões a pagarem o adicional de 50% pelas horas extras. M. relatou ter percebido que dava conta do serviço porque trabalhava cerca de doze horas por dia. Com o advento da lei, a patroa passou a exigir que ela registrasse no caderno de ponto apenas oito horas, independente das horas que fizesse a mais. Assim, M. passou a trabalhar efetivamente as oito horas previstas, deixando trabalho por fazer, o que provocava vários conflitos entre ela e a patroa.

Outro motivo de desavença ocorria quando a patroa pedia para ela limpar o que eventuais faxineiras não tinham feito corretamente: “*Limpa essa mesa que a outra não fez direito*’. *Não concordo. Pagaram para a outra fazer, não eu.*”

Segundo M., a relação com a patroa sempre foi tensa: “*Minha patroa, nós não combina de gênio mesmo... A pessoa não fica em casa, não sabe nada de serviço de casa. Não sabe o que*

está acontecendo. Nunca combinamos...”. O início desse desacordo teria se dado na própria contratação de M., quando ela foi registrada como empregada doméstica, mas exercia a função de cuidar das crianças da casa:

Eu não discordo do meu trabalho não, sinto bem. É digno, sinto honrada. Só não gosto do nome: doméstica. Eu entrei para cuidar dos meninos. Sinto ofendida por isso. Só que ela quis colocar assim. Tem aquelas coisas que a pessoa faz que você não gosta. Porque não faz aquilo que é certo. Porque eu não era doméstica. Não fazia função de doméstica. Eu só cuidava dos meninos, quando eles iam para escola eu cuidava das roupas deles... Eu falei para ela (a patroa): você sujou minha carteira com esse nome. Não gosto. Não gosto, não gosto... Eu queria que ela colocasse o que eu fizesse. É tudo errado. Quando parte para ignorância é você o culpado, mas eles foram errados primeiro.

Para M., como havia duas empregadas na casa, a outra era a empregada doméstica e ela era a cuidadora das crianças, embora ajudasse na preparação das refeições da família. Relatou ter cuidado dos filhos dos patrões desde quando eles tinham 4, 6 e 7 anos, sendo dois homens e uma mulher. Quando soube que o patrão, que a ofendera, estava gravemente doente, não gozou o período de um atestado médico e resolveu continuar no trabalho, principalmente pelo afeto que sentia pelos filhos dele: *“Eu não olhei pela raiva, se não eu não estaria... eu fiquei com dó dos meninos. Foi um choque imediato. Já teve casos na família, mas, para eles foi uma bomba. (O pai) ficou uns 50 dias no hospital...”*

M. relatou que o patrão conversou com ela e pediu-lhe desculpas. Ele achou que ela entraria com processo na justiça contra ele e tentou persuadi-la a não contratar um advogado: *“Ele falou que era bom eu sair numa boa, não mexer com advogado, que ia ficar com meu dinheiro. Falou que podia ver com advogado os direitos para receber e que ele pagava mais uma colaboração”*. M. não gostou dessa sugestão, relatando ter lhe respondido: *“Não tô te pedindo nada não. Pode ter certeza como eu entrei limpa. Não vou sair suja. Na mesma dignidade que entrei, vou sair assim”*.

Quanto a ter aceitado o pedido de desculpas do patrão, sua posição foi contraditória. Ela teria dito a ele: *“O negócio é o seguinte: você me feriu muito com isso, mas só que **não vou te perdoar não** que não sou Deus, tenho obrigação de perdoar (grifo nosso).”* Assim, M. revelou que a mágoa pela(s) ofensa(s) ainda não havia sido superada, ainda que ela tenha recorrido à sua crença em Deus e a obrigação de perdoar.

Como forma de manter-se no trabalho, M. relatou dois comportamentos. O primeiro referia-se a ter cortado a maioria das brincadeiras e o vínculo mais íntimo que teria com a família: *“Chego e dou bom dia. Não fico sorrindo. Eu afastei um pouco. Eles falam: ‘M. preciso disso, você pode?’ Eles têm que me respeitar e eu respeitar eles”*. O outro seria o de seguir sua carga horária, dividindo por dias as tarefas que tinha: *“É roupa que eu vou lavar, é*

roupa hoje. Deu minha hora, fiquei por conta da roupa. Passar roupa, é isso. Não quero pegar mais a responsabilidade toda. A gente não tem valor por isso.”

Como dificuldade para executar seu trabalho, além dessas desavenças, relatou sentir-se insegura durante sua jornada: *“A casa fica muito sozinha, só fica eu lá dentro. Se quiserem roubar, roubam e ninguém vê. É uma responsabilidade grande”*.

Outro episódio relatado que merece ser reportado foi o desaparecimento por alguns dias de uma de suas filhas, quando esta estava com 7 anos. M. relatou que a escola teria suspenso a aula e sua irmã, que estava como responsável pela criança, só teria dado falta dela após o horário de seu retorno da escola. A menina só foi localizada 4 dias mais tarde, em um abrigo em BH. Na percepção de M., este episódio teria marcado os problemas psicológicos que a filha teria: *“Desde esse tempo pra cá, ela teve problema psicológico. Ficou muito tempo em tratamento. Agora não quer mais, está bem. Está com 16 anos”*. Ressaltamos que, segundo a psicóloga da UBS, M. relatou-lhe, com pesar, passar mais tempo cuidando dos filhos dos patrões do que dos seus.

Essa não seria a única contradição que M. passou a ter consciência sobre a relação entre o investimento feito no seu trabalho e o retorno que estava tendo dele. Durante a segunda entrevista, relatou como ela não tinha conseguido comprar uma casa própria, morava de aluguel, apesar de tantos anos de trabalho: *“Moro de aluguel e ainda moro mal. Não consegui nada...”* Ressaltou nessa ocasião que procuraria uma advogada no próximo ano, assim que saísse desse trabalho, com o objetivo de olhar todos os seus direitos trabalhistas e previdenciários. M. contou ter tido vários pedidos de afastamentos do trabalho indeferidos pelo INSS e que já teria um recurso contra este órgão desde 2011, quando ficou sessenta dias afastada, após ter realizado uma cirurgia de varizes. Segundo ela, este tempo foi curto, dadas as exigências de seu trabalho: *“Vou encaixar tudo... Olhei com advogada, ela falou que vão pagar. Se tivesse entrado na justiça federal já tinha recebido”*.

4.2.2.2 Na perspectiva dos profissionais

Para a psicóloga da UBS que indicou o caso para a pesquisa, a justificativa dessa escolha era pela relação que observava entre o trabalho de M. e a suas queixas:

Foi um dos casos que era mais importante a relação com o trabalho e não as questões mentais e emocionais, que isso era consequência do que ela estava vivendo no trabalho. É claro que isso não é tão

linear, de causa e consequência. E achei que as coisas que ela estava vivendo no trabalho merecia uma discussão social mais ampla, mais coletiva. Não é que ela está vivendo uma coisa muito peculiar. Ilustra questões trabalhistas que estão relacionadas à saúde mental, ainda mais essas coisas de doméstica, que a legislação é muito nova (Psicóloga da UBS).

Esta psicóloga relatou vários conflitos que M. estava tendo no trabalho após a nova lei para os empregados domésticos e como a legislação serviu para explicitar algumas contradições que marcavam sua condição:

M. trabalhava havia muitos anos nessa casa e depois que começou a ter mais direitos trabalhistas, começou a ser mais conflituoso. Ela começou a questionar se estava gastando muito tempo cuidando dos filhos dos outros e não dos dela. Então, ela trazia muito essa questão, mas tinham questões trabalhistas objetivas. Todas relacionadas ao trabalho, pelo modo como ela trazia. Tinha questões de saúde que dificultava a exercer algumas atividades. Era um volume muito grande de trabalho, muitas roupas para lavar e passar. Eram vários adultos na casa. Lembro de algo do marido da patroa, mas nesse sentido, não teve um assédio moral, teve um desrespeito (Psicóloga da UBS).

Essa psicóloga demonstrou estar atenta às questões sociais envolvidas no processo de saúde e adoecimento de M., buscando nas suas vivências concretas de vida a explicação para seus sintomas, em vez de recorrer a uma explicação baseada em um psiquismo descolado da realidade:

Eu acho que, muitas vezes, essas questões da saúde mental, assim, quando não são muito estruturais, às vezes, tem a ver com uma situação. Você vê que a pessoa tem uma estrutura boa psíquica. Essa foi a impressão que eu tive dela, que ela não tinha nada gravíssimo, que era uma coisa muito da situação, talvez, até uma coisa crônica de uma situação que vem há mais tempo. E, aí, eu fico tentando ir pra realidade da situação pra ver se ela consegue ver uma saída concreta, ao invés, de ficar numa coisa psíquica. Tentar achar uma saída na realidade, de mudar alguma circunstância que pode beneficiá-la (Psicóloga da UBS).

Para esta psicóloga, M. teria tido uma depressão leve ou um quadro de estresse, como reação às situações vividas no trabalho. Por este motivo, considerou que deveria encaminhá-la para o CEREST, onde teria orientações objetivas sobre seus direitos trabalhistas e previdenciários. Nesse sentido, considerou que essas orientações poderiam aliviar seu quadro, sendo a intervenção mais adequada. No entanto, pareceu não ter levado em conta o quanto a ofensa vivida e o possível efeito cumulativo dos conflitos e da sobrecarga de trabalho poderiam afetar seu psiquismo, ao ponto de ser necessário um afastamento do trabalho e um tratamento específico a tais questões. A princípio, não observou que havia questões subjetivas a serem trabalhadas por meio de um processo psicoterapêutico, mas, ao final da entrevista, tendo lido todas as anotações dos atendimentos psicológico e psiquiátrico, afirmou:

Eu falei mais da influência do trabalho na saúde mental, mas, é claro que tem essa coisa dela aceitar muita coisa durante muito tempo e, de repente, revoltar. É uma coisa dela também, que poderia ser trabalhada, né, num processo de terapia (Psicóloga da UBS).

De fato, M. continuou em sofrimento, mesmo após ser encaminhada ao CEREST, sugerindo haver outras questões que poderiam ser trabalhadas em um processo psicoterapêutico. Antes de ir a esta unidade, procurou o ambulatório de um hospital psiquiátrico público na capital mineira, onde teve seu adoecimento relacionado ao trabalho, conforme exposto anteriormente pelo relatório de alta e, mesmo, pelo depoimento da usuária: *“Meu primeiro psiquiatra falou que era pelo meu trabalho e a escolha era eu que tinha que fazer...”*.

Para a psicóloga do CEREST, o quadro de M. era relacionado ao trabalho, tanto que ela o notificou no SINAN e fez uma declaração para o seu afastamento do trabalho pelo INSS. Relatou: *“Quando a paciente chegou não conseguia nem conversar. Chorava o tempo todo, muito triste e muito desanimada.”* Sobre o estabelecimento da relação entre adoecimento mental e trabalho, afirmou: *“Com alguns encontros, geralmente três, já é possível ver se a situação é só o trabalho, ou, se é a vida da pessoa - é uma linha tênue, mas o trabalho se sobrepõe sim.”* Sobre a especificidade do trabalho de M., relatou:

O trabalho é identidade, as pessoas gostam do que estão fazendo. Esses momentos são contraditórios, você investe muito, principalmente, com a empregada doméstica. Além dela fazer essas atividades todas, ela tem um vínculo com a família. A família parece que deposita tudo na empregada doméstica, ainda mais, quando ela é cuidadosa. Então há uma sobrecarga grande, até uma sobrecarga emotiva mesmo (Psicóloga do CEREST).

Essa psicóloga ainda relatou que M. contou ter tido uma desavença com o patrão, mas não ter revelado o teor da discussão. Durante os atendimentos, a usuária mencionou a ela que desejava sair desse emprego e esperaria apenas a saúde do patrão se restabelecer. No entanto, após 4 atendimentos ela não retornou ao CEREST. Não foi realizada uma busca ativa, nem contatada a equipe da APS que referenciou o caso.

Durante a discussão com a equipe do CEREST, a gerente considerou que este grupo deveria realizar uma busca ativa do caso, comparando-o com o que foi vivido pela personagem principal do filme *“Que horas ela volta?”*⁸², para mostrar como o adoecimento de M. relacionava-se ao seu trabalho:

Olha que interessante: aqui a filha é a PEC. A PEC que desperta ela (M.). O problema é que quando desperta vai por terra tudo aquilo que (ela) construiu como defesa no trabalho. A gente vai construindo defesas, quando o trabalho é muito precário. Se não, você não consegue trabalhar. Isso te faz conseguir

⁸² “Que horas ela volta?”: Trata-se de um filme brasileiro, dirigido por Anna Muylaert, lançado em agosto de 2015. Narra a história da pernambucana Val, que migrou para São Paulo a fim de dar melhores condições de vida para sua filha, Jéssica, que ficou no nordeste. Ela conseguiu trabalho como empregada doméstica e cuidou por anos do filho do casal, Fabinho, morando integralmente na casa de seus patrões. Quando a filha vai para São Paulo, objetivando prestar vestibular e deixa de seguir determinados ‘protocolos de conduta’ para a filha da empregada, começam a aflorar vários conflitos na relação, até então, aparentemente harmoniosa entre Val e seus patrões. (Adorocinema, 2016).

levantar e ir trabalhar, dar mais carinho para o filho do outro do que o seu. Você vai construindo defesas e várias coisas que te ensinaram para construir essas defesas. Quando isso cai, você adocece... (Gerente do CEREST).

Já o psiquiatra da UBS, forneceu-nos uma rápida entrevista informal, em que, ao ler o prontuário de M., relatou que ela era *“uma pessoa que se vitimiza, toda para dentro, guarda mágoas e raiva.”* Não chegou a discutir a possível relação entre os sintomas da usuária e seu trabalho ou, mesmo, suas condições de vida. Generalizou que muitas vezes os usuários do SUS manipulam para não trabalharem: *“Querem só medicação. Não tem educação... podem até ter escolaridade. Tô falando de educação, aspirações. Elas se vitimizam e manipulam para não trabalhar.”* Aqui, portanto, revelou sua visão de que o que movia a usuária era seu desejo de não trabalhar. Questionado sobre os motivos dessa suposta manipulação, afirmou que seriam a miséria e o caráter, questionando se a pesquisadora já havia andado pelas ruas do distrito e vaticinando: *“É só queixume.”* Sobre M., perguntamos se ele se lembrava dela, se ela tinha essas limitações e manipulações, mas o psiquiatra relatou não se lembrar especificamente dessa usuária. Leu no seu prontuário que ela não havia lhe pedido relatório para afastamento pelo INSS e questionou os motivos da pesquisadora ter escolhido esse caso: *“Não entendo porque você escolheu esse caso. É recorrente, banal. Se sua casuística é pequena, você deve escolher casos difíceis. Se você entende o difícil, entende o fácil. Esse aqui é o que mais tem”*.

As duas médicas que atenderam M. na UBS pesquisada não se lembraram da usuária, não podendo, assim, contribuir para a discussão do caso. A ginecologista também não se lembrou de M., mas forneceu as informações sobre sua consulta, de acordo com o prontuário da usuária, e manifestou a preocupação pelo fato de não ter tido nenhuma consulta com a clínica médica durante o ano (estávamos em setembro). Afirmou, ainda, que pelo quadro de hipertensão, diabetes e os sintomas depressivos e ansiosos, M. deveria ser acompanhada mais de perto pelo clínico e pela psicologia.

4.2.3 Redes de Atenção à Saúde do SUS

4.2.3.1 Na perspectiva da usuária

M., a princípio, relatou ter sido bem atendida no SUS pesquisado. No entanto, questionou o atendimento do psiquiatra da UBS, por ele não conversar com ela, não perguntar sobre outros tratamentos e limitar-se a repetir a receita dos medicamentos:

Ele não falou nada. Ele não fala nada. Apenas pergunta como você está, volta, faz a mesma receita e te manda embora. Não conversa sobre o que está acontecendo, o que ele acha, se você está bem, não interessa pelos outros (tratamentos) médicos, só o lado dele.

Sobre as medicações receitadas, também foi crítica:

Porque é que a gente tem que obedecer, né? Um caso que aconteceu e você tem que permanecer obedecendo o atendimento que te deu. Eu acho um atendimento bom. A única coisa que eu não concordo é com os medicamentos. Eles jogam medicamentos, cada um põe a coisa diferente do outro. O lá do R. (Hospital Psiquiátrico) deixou só a fluoxetina que eu já tomava. Já aqui (na UBS) o psiquiatra me dá outros, além da fluoxetina, remédio para dormir. Não gosto de ser dependente de medicamento. Só tomo medicamento que eu sei que tenho obrigação de tomar, que vai me fazer bem.

M. afirmou não ingerir todos os remédios receitados pelo psiquiatra da UBS: “*Eu só fiz um teste duas vezes. Fiz um teste e não gostei. São muito fortes. A pessoa fica dependente. Eu creio que você consegue sobreviver. O problema aconteceu, mas você pode mudar a história de novo*”. Sendo assim, a usuária contradisse a visão desse psiquiatra, que relatou-nos que os pacientes do SUS “*querem só medicação*”, não havendo espaço para um trabalho reflexivo com eles. Esta foi exatamente a crítica de M. ao atendimento psiquiátrico fornecido, por ser focado nos medicamentos e não nas intervenções que poderiam auxiliá-la a mudar sua história.

Quanto aos motivos de não ter retornado ao CEREST, relatou, a princípio, ser pelo pouco tempo e o cansaço provocado pelo aumento de tarefas, após a internação de seu patrão. Depois afirmou não ter ficado satisfeita com o atendimento psicológico, com o fato dela não ter sido encaminhada para o psiquiatra, que ela julgava existir nessa unidade e de não ter resolvido sua questão previdenciária:

Não gostei da psicóloga. Se lá tinha um psiquiatra, se lá tá escrito saúde do trabalhador, eles tinham que me dar um documento provando meu problema para resolver meu problema do INSS. Teve só da psicóloga. Não passei no médico. Eles podiam fazer coisas melhores.

Quanto ao atendimento psiquiátrico do hospital psiquiátrico, M. ficou satisfeita. Os dois médicos que a atenderam conversavam mais com ela, perguntavam sobre os outros tratamentos e escutavam suas questões referentes ao trabalho.

Em relação ao acompanhamento clínico, M. deixou claro que o horário de funcionamento da UBS não possibilitava que ela realizasse esse acompanhamento regular na unidade próxima de sua residência. Por este motivo, era mais viável realizá-lo na UBS próxima ao seu trabalho. Relatou, ainda, não ter dificuldades para acessar a fluoxetina, que ela ingeria

continuamente havia cerca de 3 anos, não sendo clara quanto aos motivos de fazer o uso prolongado desse medicamento: *“O clínico passa direto. O médico fala que ela ajuda à noite no funcionamento do organismo.”*

4.2.3.2 Na perspectiva dos profissionais

Observamos que dos seis profissionais (duas clínicas, uma ginecologista, duas psicólogas e um psiquiatra) entrevistados para esta pesquisa, nenhum soube dizer quem era M., qual sua história de vida e suas questões, para além de suas queixas. Os atendimentos clínicos e ginecológicos foram pontuais. Não havia um médico de referência para o caso, mesmo M. sendo uma usuária prioritária para a atenção, devido à hipertensão arterial e diabetes.

Quanto aos atendimentos psicológicos, houve três consultas com a psicóloga da UBS e quatro com a psicóloga do CEREST. Ambas perceberam as questões relacionadas ao trabalho, mas para a psicóloga da UBS, M. não estaria vivendo *“uma coisa muito peculiar”*, podendo suas questões ser resolvidas, basicamente, com as orientações trabalhistas e previdenciárias que receberia no CEREST. Já a psicóloga do CEREST, reconhecia que havia material para ser elaborado pela usuária, em um processo psicoterapêutico, devido ao ressentimento que manifestava à falta de reconhecimento ao seu investimento no trabalho. No entanto, era preciso que ela tivesse desejo de continuar esse processo:

Não tem jeito de fazer essa busca ativa, porque tem que ter desejo. Se ela veio parar aqui havia o desejo de trabalhar essa questão. Se o desejo dela agora é cuidar dele (do patrão), como a gente fala com ela que tem que fazer terapia? Ela não quer (Psicóloga do CEREST).

Para esta psicóloga, que tinha formação em psicoterapia breve, baseada na psicanálise, a escolha de M. em cuidar do patrão, em vez de cuidar de si, devia-se a uma possível personalidade histérica: *“Eu fico pensando na personalidade dela, a histérica gosta de cuidar, de sacrificar-se pelo outro, mas ela não veio aqui, não fico sabendo.”* Relatou também ser difícil nos atendimentos, o usuário sair da queixa para passar para seu sintoma. Sobre o processo terapêutico que desenvolveria com M., afirmou: *“se continuássemos, trabalharíamos que culpa é essa que ela tem, que tem que continuar cuidando dele (do patrão)”*. Neste momento, essa psicóloga atribuiu a não adesão ao tratamento e a continuação de M. nesse emprego a uma possível dinâmica psíquica própria, deslocada das condições

concretas de vida da usuária. Não considerou também que ela poderia não ter ficado satisfeita com o atendimento fornecido.

Como vimos, M. tinha uma expectativa de que teria os atendimentos psiquiátrico e psicológico no CEREST e que esta unidade forneceria relatórios de ambos atendimentos, de modo que ela tivesse seu pedido de afastamento do trabalho deferido pelo INSS. A psicóloga percebeu essa expectativa de M., porém não explicou quais foram suas intervenções para esclarecer com o quê a usuária poderia, efetivamente, contar com o CEREST. Para M., havia psiquiatra na unidade e a psicóloga não a teria encaminhado. Entretanto, não havia este especialista no quadro de funcionários da unidade. Quanto à falta de um relatório médico do CEREST para o INSS, não é possível assegurar que este garantiria o deferimento dos pedidos ao INSS. Outro ponto ressaltado pela gerente do CEREST na discussão do caso, seria a possível dificuldade de M. em vivenciar o momento em que as defesas que construiu para se sustentar em seu trabalho não estavam mais sendo eficientes. Se pensarmos que ela ainda repetiu várias vezes que deixaria esse emprego, sem conseguir apontar as possibilidades que tinha para concretizar essa ação, podemos, também, inferir que esse era um momento complicado para M., pois estava sendo checada sobre as escolhas que lhe foram possíveis e as que seriam viáveis nessa fase de sua vida.

Sobre o atendimento psiquiátrico da UBS, M. teve registrado três atendimentos. Conforme anteriormente relatado, o psiquiatra não se lembrou dela. O que falou a seu respeito baseou-se no que havia escrito sobre esses atendimentos e em generalizações que fez sobre os usuários do sistema público. Destacou que no SUS, diferentemente de seu trabalho no consultório particular, não havia trabalho educativo, porque os usuários do sistema público seriam “*pessoas primitivas e toscas*”, tendo repetido essas palavras duas vezes. Quando questionado sobre o que isso significava, relatou que eram pessoas sem educação, que queriam apenas medicamento e manipulavam para não trabalhar, conforme relatamos anteriormente. Interrogado sobre a diferença entre os públicos do SUS e do consultório particular, afirmou que se pudesse só atenderia pessoas como ele, de classe média, porque estas eram reflexivas e tinham aspirações na vida. Destacou, ainda, que o seu atendimento no SUS era superficial e que ele não aplicava toda sua formação nos atendimentos públicos, por causa da limitação dos usuários. Questionou várias vezes os objetivos da pesquisa e afirmou que o trabalho de todo psiquiatra seria controlar os comportamentos com medicação, ajudando, assim, as pessoas a dormirem e ficarem menos ansiosas. Como relatamos, ele também questionou a escolha de M. como um caso para a pesquisa, por ser um “*caso recorrente, banal*”, na sua avaliação.

Quando o questionamos se exatamente por ser comum, não seria interessante compreendê-lo melhor, ele respondeu: *“Eu penso que não. Tenho muita experiência. Trinta e cinco anos de formado e vinte e cinco de SUS. Aposento daqui dois meses. Não sei o que você quer de mim, o que eu posso contribuir.”* Afirmou trabalhar no SUS as terças e quintas-feiras em duas UBS e no NASF, não estando disponível para entrevistas gravadas. Mas se comprometeu em pensar num possível novo encontro, com mais calma e sem gravações. Neste mesmo dia, ele enviou uma mensagem por telefone à pesquisadora, sugerindo outro caso para a pesquisa: *“Tem uma paciente M. F., prontuário xxxx, transtorno bipolar, técnica de enfermagem, com muitas questões de trabalho. Acho que é um mais interessante para o seu estudo.”* Propusemos a ele, então, um encontro para discutirmos este caso, mas ele alegou dias depois não ter tempo para novos compromissos. Como esse psiquiatra não aceitou ter outra conversa conosco, apesar de nossa insistência, não sabemos os motivos para as posições que demonstrou, nem as possíveis contradições de seu trabalho que poderiam ter contribuído para suas concepções.

Quanto à comunicação entre as unidades, observamos algumas fragilidades no processo, especialmente, de contrarreferência que não aconteceu. Ainda que a psicóloga considerasse que o caso deveria continuar no CEREST, era possível discuti-lo junto à equipe de saúde mental da UBS, para, conjuntamente, analisarem qual e como seria a melhor condução para o caso. Além disso, seria uma forma de aprendizagem significativa, a partir do caso concreto, de conteúdos de ST, para ambas as equipes, e que, ainda, teria estreitado suas relações. A psicóloga da UBS, que trabalhava havia cerca de um ano nesse SUS, relatou ter demorado a conhecer a rede, dependendo basicamente do esforço pessoal de cada profissional para *“correr atrás pra descobrir.”* Relatou ter ligado para o CEREST para viabilizar o encaminhamento de M., mas desconhecia as especificidades do atendimento dessa unidade, para além das orientações trabalhistas e previdenciárias. M. foi a única usuária que ela encaminhou formalmente ao CEREST, embora tenha relatado já ter recomendado que outros usuários procurassem atendimento nessa unidade. Para ela, não seria necessário formalizar a referência para o CEREST, porque essa unidade acolheria demandas espontâneas. No entanto, diferenciou as referências para o CAPS, nas quais afirmou ser necessário fazer um relatório sobre o caso, porque seria uma continuidade do tratamento. Para o CEREST, não seria necessário este procedimento, não ficando claro, para nós, os motivos dessa diferenciação de procedimentos. Não obstante, não a questionamos sobre este ponto, pois apenas no momento

de análise dos dados compreendemos que ela diferenciava os casos que encaminhava para o CAPS dos que eram direcionados para o CEREST.

Outro ponto que chamou nossa atenção foi a ausência de espaços coletivos de discussão de casos no CEREST e entre a equipe de saúde mental e a equipe da clínica médica/enfermagem da UBS. A psicóloga do CEREST relatou que devido à falta de tempo, não havia momentos específicos para essa discussão: *“Quando é caso mais complexo, converso com o médico. Também com a assistente social. Não dá tempo. Não tem um momento específico para isso. É algo mais de ir lá na sala do outro profissional e perguntar.”* Como ela não considerou o caso de M. complexo, não discutiu com outros profissionais. Para a psicóloga da UBS, que tem um espaço regular de discussão de casos entre a equipe de saúde mental, não houve necessidade de discutir esse caso, por ser ele um caso leve, que já havia sido encaminhado. Sobre as intercorrências clínicas, já que M. não tinha apenas sintomas de adoecimento mental, relatou não ter espaços regulares de discussão com os clínicos e a equipe de enfermagem: *“Tem um ano que estou aqui, com clínico discuti duas vezes. Com técnicos de enfermagem não discuti. Tem uma coisa um pouco de corredor, que a gente fala, mas não tem esse momento de sentar e discutir o caso”*.

Quando discutimos esse caso com a equipe de saúde mental da UBS, por ocasião da discussão coletiva desta pesquisa, questionamos se os casos considerados mais leves correriam o risco de ficarem sem muita atenção. A equipe não nos respondeu diretamente essa questão. Para a psicóloga que indicou o caso, ela poderia ter feito uma busca ativa ou, mesmo, ligado para o CEREST a fim de obter informações sobre a usuária, mas considerou importante, em sua entrevista, que a própria usuária fizesse o percurso de procura: *“até pra criar algo dela mesmo, acho que a implicação é outra, acho que se der tudo na mão demais, a pessoa não se move”*. Para a outra psicóloga presente, este seria um caso para a psicologia e não para a psiquiatria. Essas psicólogas discutiram a possibilidade de chamarem a equipe do CEREST para conhecerem melhor seu trabalho e demandarem mais ações conjuntas.

Quando questionamos à psicóloga do CEREST sobre as especificidades do atendimento psicológico dessa unidade, ela afirmou ser a de ofertar um atendimento focado na elaboração das questões do trabalho, utilizando-se dos pressupostos da psicoterapia breve, eventuais atendimentos à família para *“explicar o que o paciente está vivendo”* e a vigilância em ST nos ambientes de trabalho. No entanto, ressaltou que, como no caso de M. o seu trabalho era numa casa de família, era mais difícil haver essa vigilância: *“Mexer na organização de trabalho numa casa de família é difícil, já é difícil em empresa...”*. Portanto, ela não havia

planejado realizar uma vigilância nesse ambiente de trabalho. Se M. retornasse, seu tratamento seria o atendimento psicoterapêutico focado na sua crise no trabalho. Durante a discussão coletiva que realizamos com a equipe do CEREST, apesar da posição da gerente de que fosse realizada uma busca ativa, não ficou determinado o que a equipe faria em relação a essa usuária e a equipe que referenciou o caso. Depois, a gerente solicitou à pesquisadora que disponibilizasse o material que utilizou em sua apresentação, a fim de instituir na reunião que faziam quinzenalmente a discussão de casos e que retomariam a análise desses casos pesquisados, em especial de M.

4.3 Discussão dos casos A. e M.

*“Não é pedir demais
Quero justiça
Quero trabalhar em paz
Não é muito o que lhe peço
Eu quero um trabalho honesto
Em vez de escravidão...”*

- Renato Russo (Fábrica)

4.3.1 Relação Trabalho, Saúde e Adoecimento Mental

Para iniciar essa discussão, julgamos importante esclarecer quais mudanças a denominada “PEC das Domésticas” trouxe à tona no cenário brasileiro. A partir de 2013, com a alteração da Constituição Federal, os empregados domésticos passaram a ter assegurados os mesmos direitos de todos os outros trabalhadores, como: o recebimento de um salário mínimo mensal, inclusive para os que recebem remuneração variável; a jornada de trabalho de 8 horas diárias e 44 horas semanais; o pagamento de hora extra, com acréscimo de 50%; o pagamento de 13º salário; o repouso semanal remunerado, preferencialmente aos domingos; o gozo de férias anuais remuneradas, com o acréscimo de 1/3; o aviso prévio; **a redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança (item XXII)** (grifo nosso); o reconhecimento das convenções e acordos coletivos de trabalho; a proibição de qualquer discriminação no tocante a salário e critérios de admissão por motivo de sexo, idade, cor ou estado civil; a proibição de discriminação em relação à pessoa com deficiência; e a proibição do trabalho noturno, perigoso ou insalubre ao trabalhador menor de 16 anos. Em

junho de 2015, a presidência da república sancionou a Lei Complementar 150 que regulamentou para esses trabalhadores o adicional noturno, a obrigatoriedade do recolhimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) por parte do empregador, o seguro-desemprego, o salário-família, o auxílio-creche e pré-escola, o seguro contra acidentes de trabalho e a indenização em caso de despedida sem justa causa⁸³ (Brasil, 2013; Brasil, 2015).

Destacamos o item XXII da lei por considerarmos que ele abriu a possibilidade, inclusive, para a atuação da VISAT, tornando necessária a criação de um modelo de vigilância que contemple a saúde e segurança neste tipo de trabalho. Para contribuir com tal tarefa, bem como para a compreensão dos casos que chegam ao SUS, é fundamental estudarmos as características desse trabalho e os possíveis impactos deste na saúde mental dos trabalhadores domésticos, foco de nosso trabalho. Um psiquiatra que realizou importantes estudos sobre esses trabalhadores foi Le Guillant (2006). Recorremos a estes estudos para realizar a discussão dos casos A. e M.

Le Guillant (2006) foi um dos pioneiros dos estudos em psicopatologia do trabalho na França, tendo realizado uma extensa pesquisa sobre o trabalho das empregadas domésticas nos anos de 1950, após constatar um número elevado dessas trabalhadoras nos hospitais psiquiátricos. Interessava-lhe oferecer um ponto de partida mais consistente, a partir da observação e escuta das questões concretas de vida e trabalho das pessoas adoecidas mentalmente, possibilitando compreender a gênese e o desenvolvimento de sua doença. Sua proposição era a de que a elucidação do processo de adoecimento mental fosse construída com a participação dos próprios trabalhadores que adoeceram. A clínica defendida por Le Guillant (2006) era a realizada a partir das situações concretas, visando a compreensão e transformação das situações consideradas patogênicas.

De acordo com essa concepção, a explicação para o adoecimento mental estaria nas formas de articulação entre as dimensões subjetiva e objetiva, entre o singular e o coletivo, a subjetividade e o contexto social, a partir do qual foi produzida. Sendo assim, não se tratava de uma abordagem sociogenética, com uma relação simplista de causalidade direta entre o social e o psíquico, que desconsiderava os aspectos individuais, tanto psíquicos quanto biológicos, mas sim, uma proposta dialética de análise, que focaria na indissociabilidade entre

⁸³ Por esta lei, o governo teve 120 dias para regulamentar o chamado “Simples Doméstico” – um sistema que unificou os pagamentos pelos empregadores dos novos benefícios, devidos aos domésticos, incluindo FGTS, seguro contra acidentes de trabalho, INSS e fundo para demissão sem justa causa, além do recolhimento do imposto de renda, nos casos devidos pelo trabalhador. A exigência desses pagamentos entrou em vigor em outubro de 2015. Dos empregados domésticos que ganham salário mínimo, são descontados 8% de seu salário e o empregador paga os 20% restantes para o recolhimento desses encargos sociais (Brasil, 2015).

o singular e o contexto social em que este singular foi produzido. A ideia não era de “molde social” que determinaria os sujeitos humanos, sem possibilidade de ação:

A condição social pode tornar-se patogênica para si, sobretudo, através de suas discordâncias, dos conflitos embutidos nesta condição e impostos ao sujeito. A condição não é redutível a um molde social; trata-se realmente de um obstáculo, mas encontra-se também inacabada, aberta aos riscos da ação (Le Guillant, 2006, p.18).

Para Le Guillant (2006), os conflitos individuais, entendidos como a expressão singular das contradições sociais, e os fatores sociais, que deveriam ser analisados na condução de um caso de adoecimento, foram descritos da seguinte forma:

A consciência que as pessoas tomam, ou não, de tais contradições, sua reação sobre as situações pelas quais elas se exprimem, sua aceitação ou sua luta – assim como as condições desta luta para modificá-las: eis, afinal de contas, os elementos decisivos da ação dos pretensos ‘fatores sociais’ (p.54).

Sobre o trabalho doméstico, a primeira constatação que os estudos de Le Guillant (2006) trazem foi de que este era ocupado, majoritariamente, por mulheres pobres. Por este motivo ele se referia em seus textos às empregadas domésticas. Esse autor defendeu que diferente de outras profissões, esta se assemelhava a um “estado”, uma condição de vida. Isto porque, as condições desse trabalho trariam resquícios da escravidão e dificultariam o desenvolvimento pessoal e social dessas mulheres, fazendo com que a maioria delas permanecesse na condição de subalternidade por toda a vida. De acordo com seus estudos, algumas características da condição de empregada doméstica nessa época eram: a ausência de uma jornada determinada, o que contribuía para aumentar seu tempo de trabalho; as múltiplas tarefas com excessiva carga física de trabalho; o trabalho solitário, sem a possibilidade de trocas com um coletivo profissional; a baixa remuneração; a Previdência Social diferenciada de outros trabalhadores, com redução de direitos; o estigma social de serem consideradas menos inteligentes, por não terem estudado e conseguido um trabalho melhor; a vivência, geralmente, de um processo de transplantação, por serem em sua maioria migrantes (do interior, da zona rural ou, mesmo, de outros países); as experiências constantes de humilhação por estarem nessa condição e por encontrarem-se “na casa dos outros” (p.264).

Sobre o processo de transplantação, Le Guillant (2006) ressaltou a complexidade que seria passar a viver em um mundo desconhecido de valores, de julgamentos, atitudes e condutas, tanto em cidades diferentes das suas, quanto em casas diferentes das suas. Como vimos, A. e M. viveram essas condições descritas, incluindo o processo de serem transplantadas em fases precoces de seu desenvolvimento: A., ainda na infância quando passava a semana toda na casa dos patrões e M. na adolescência, quando migrou para a capital do estado para trabalhar e viver na casa de outra família.

Outro ponto que transformaria essa profissão em um estado, isto é, em uma condição permanente seria o fato de, geralmente, essas mulheres iniciarem esse trabalho muito jovens. O caso de A. é um exemplo, posto que começou a trabalhar quando ainda era criança, o que dificultou seu ingresso na escola e a continuação de seus estudos. A ausência no Brasil de uma jornada de trabalho regulamentada para essa categoria até 2013 contribuía para a não separação entre o tempo do trabalho e o tempo da vida pessoal, e, ainda, a excessiva carga física envolvida na execução das tarefas, são fatores que dificultavam a permanência dessas trabalhadoras na escola, onde estudavam, geralmente, no período noturno. Como relatamos, A. era apenas alfabetizada e M. tinha o ensino fundamental incompleto.

Le Guillant (2006) observou, também, que as empregadas domésticas, quase sempre, vivenciavam uma mistura de sentimentos, ora passivos de submissão, ora ativos de identificação, em relação aos membros da família por quem geralmente nutriam relações de afeto, em especial, com as crianças, que ajudavam a cuidar e viam crescer. Esse processo de submissão e identificação exigiria algum grau de alienação de si mesmo, no qual se naturalizaria a condição de existirem pessoas que merecem ser servidas e outras que nasceram para servir, não havendo quase nenhum espaço para viver a própria vida, pois as empregadas domésticas passavam a maior parte do tempo no seu local de trabalho. Isso ficou nítido no relato de A. que, inclusive, se referiu ao trabalho na infância como análogo à escravidão. Entretanto, nos perguntamos até que ponto o seu trabalho, quando adulta, também não reproduziu esse padrão? Se observarmos a descrição que fez do último emprego, podemos compará-lo, também, à condição de escravidão. Ainda assim, ela nutria afeto pelo patrão idoso e este sentimento contribuiu para que ela cuidasse mais dele do que de sua própria saúde, em determinados períodos. M. também relatou o afeto que sentia pelos filhos do casal de patrões e como este foi decisivo para ela continuar no trabalho, mesmo adoecida, e, inclusive, ajudasse a cuidar do homem, que a tinha ofendido meses antes. Esse afeto aos filhos dos patrões também era fonte da contradição que passava a ter consciência quando relatou ter passado a maior parte de seu tempo cuidando desses, em vez dos seus próprios filhos⁸⁴.

No entanto, como concluiu Le Guillant (2006), a vivência cotidiana dessa submissão e a consequente humilhação experimentada no dia-a-dia de trabalho, cobraria um preço – os muitos ressentimentos:

⁸⁴ Uma referência artística sobre essa questão. O rap, “*Subirusdoistiozin*”, de Criolo, veio à mente da pesquisadora diversas vezes, ao ouvir sobre o desaparecimento de uma das filhas de M. e da consciência que estava adquirindo de que passou mais tempo cuidando dos filhos dos patrões do que dos seus: “*Licença aqui patrão, eu cresci no mundo, onde o filho chora, e a mãe não vê...*” Letras (2015).

Nesta contabilidade entre o dado e o recebido, do ponto de vista humano material, o balanço das frustrações estabelecido por cada qual em relação ao mundo e aos outros é particularmente, penoso para as domésticas e, quase sempre, acarreta o ressentimento (p. 253-254).

Para esse autor, o ressentimento seria “uma espécie de ruminação dos sentimentos latentes, exacerbados pelas humilhações e pela injustiça da situação presente” (Le Guillant, 2006, p.17)⁸⁵. Não havendo a possibilidade de elaboração dessas mágoas, dirigidas particularmente contra a condição da empregada doméstica, não exatamente contra os patrões, essa trabalhadora viveria a impossibilidade de transformar essa experiência em outra, fixando-se no ressentimento. Clot (2007), psicólogo do trabalho, baseando-se nas contribuições de Le Guillant, ressaltou que o ressentimento instalar-se-ia nos sujeitos não pelas exigências do trabalho em suas vidas, mas exatamente, porque não lhes restituiria de acordo com o investimento (afetivo, cognitivo, físico, etc.) realizado. Assim, o trabalho perderia seu sentido, por não permitir a esses sujeitos a realização das suas metas e valores, o que seria o caminho para um possível adoecimento mental, num processo que não obedeceria nenhuma causalidade linear. Esse autor escreveu:

Quando despreza ‘a relação entre o dado e o recebido’, o trabalho imposto pode perder seu lugar na hierarquia dos investimentos subjetivos. Mas sempre com graves consequências. Mediante uma contra-reação, quando o trabalho leva o sujeito a duvidar de seu valor, são os valores cultivados em todas essas outras atividades pessoais – aquelas justamente que o sujeito desejou “por em prática” – que são, desse modo, postos à prova (p. 73).

Clot (2010), ainda se apoiando nessa concepção de Le Guillant e, também, em Vigotski e Canguilhem, propôs o entendimento do surgimento da doença mental como a vivência de uma “experiência encarcerada”, quando o sujeito tem seu “poder de agir” cerceado e suas possibilidades de ressignificar a experiência e desenvolver-se limitadas, ou seja, quando este sujeito não encontra condições de produção dos meios e de si próprios (p.62). Sendo assim, a doença mental seria entendida como um aprisionamento da experiência, quando “a experiência vivida deixa de ser o meio de viver outras experiências” (p.62). Tal concepção

⁸⁵ Duas referências artísticas sobre a questão do ressentimento. A primeira, o poema “*Eppur si muove*” (trecho) de Affonso Romano de Santana, ajuda-nos a compreender o conceito de ressentimento, como Le Guillant (2006) propôs: “*Mente quem fala/ que quem cala consente./ Quem cala, às vezes, re-sente./ Por trás dos muros dos dentes, edifica-se um discurso transparente*”(Niilismo, 2016). Sabemos que este “discurso transparente” se manifestará de alguma forma em uma questão de tempo. A segunda referência é o clip da canção “*Boa Esperança*”, do rapper Emicida, lançado em junho de 2015. Esta obra causou uma repercussão nos meios midiáticos por trazer uma revolta de empregados domésticos em uma mansão brasileira, na qual reivindicavam “*respeito, dignidade e condições de trabalho*”. Um trecho da canção revela a violência cotidiana que esses empregados sofrem, transformando-os em uma “*bomba relógio prestes a estourar*”: “*Favela ainda é senzala jáo/ Bomba relógio prestes a estourar/ Violência se adapta, um dia ela volta pucêis/ Tipo campos de concentração, prantos em vão/ Quis vida digna, estigma, indignação/ O trabalho liberta, ou não/ Com essa frase quase que os nazi, varre os judeu? Extinção...*” (Youtube, 2015).

dialoga com Canguilhem (2012), quando este propõe que “o doente é doente por só poder admitir uma norma” (p.129).

Para Le Guillant (2006), antes das crises, essas trabalhadoras vivenciavam períodos de uma miscelânea de sentimentos de ódio, remorso, inquietação, desânimo, esgotamento e insônia, o que impactaria, além de sua saúde mental, também seu estado físico. O efeito cumulativo dessas vivências engendraria “uma nova ordem das coisas”, na qual irromperia uma agressividade dirigida ao outro ou a si mesma, por meio da crise e da instalação do processo de adoecimento (p.272). Haveria ódio e uma autoagressividade na construção mórbida da doença, pelo sujeito se ver como objeto na relação com o outro. O autor ainda observou que a eclosão dos distúrbios acontecia, particularmente, após a perda de um emprego de muitos anos, devido, principalmente, ao envelhecimento das empregadas e a ocorrência de determinadas acusações dos empregadores, a propósito de delitos ou erros, reais ou supostos, por parte delas. Se observarmos, o período de maior sofrimento de A. esteve associado às excessivas cargas que o trabalho lhe impunha, mas também, ao período que deixou o trabalho e seu ex-patrão faleceu. Assim, a falta de condições de continuar nesse tipo de trabalho, sendo o único que conheceu, e a falta de salário por mais de um ano podem ter contribuído para o agravamento de seus sintomas. E no caso de M., ela nos relatou a relação entre seus sintomas e a ofensa de seu patrão.

Outro aspecto importante da condição das empregadas domésticas seria o da solidão. Como iniciavam nesse trabalho muito jovens, até mesmo crianças, e como passavam a maior parte do tempo trabalhando, na maioria das vezes sozinhas, essas mulheres não desenvolviam uma rede de relações, para além da casa da família onde trabalhavam. Além de não contarem com um coletivo de trabalho, também vivenciavam um isolamento das outras relações sociais necessárias para o desenvolvimento pessoal e o enfrentamento das questões existenciais. Escreveu Le Guillant (2006): “A solidão é o denominador comum das principais situações sociais patogênicas” (p. 267). Segundo este autor, para responder a essa experiência e a insatisfação que sentiam, muitas empregadas domésticas que estudou e tratou, buscavam ligações efêmeras ou, mesmo, se submetiam a relações violentas:

É claro, antes de tudo, encontramos os incidentes da vida afetivo-sexual, associados ou não ao isolamento, à condição de empregada doméstica, à necessidade de compensações que ela implica, à subjugação brutal a solicitações, os exemplos de outras colegas e certos arrebatamentos até então diferentes, menos numerosos e menos sensíveis, conduzem a breves encontros, as transas, a casos e ligações passageiros, a múltiplos vexames – e à gravidez (p. 71).

Não seria assim com A., ao relatar seu namoro, a gravidez antes do casamento e a vivência do próprio casamento, em que ela se submeteu, cotidianamente, às vontades e violência do

homem com que se casou? Questionamos até que ponto alguém que vivencia, constantemente, a submissão por meio do trabalho infantil e juvenil isolado, excessivo e violento (ela registrou ter sofrido, inclusive, agressões físicas, além das ameaças constantes, o que, em si, caracterizava-se também como violência) teria condições de desenvolver a autoestima e a força interna necessárias para recusar novas formas de submissão de violência no decorrer da sua vida. Ressaltamos, ainda, o relato que A. fez sobre o estupro que viveu. Quando o marido a deixou, relatou sentir-se carente e começou a conversar com um homem. Um dia ele lhe convidou para andar em sua moto e a levou para sua casa. Ela afirmou: “*Ele veio com má intenção. Não sabia... Ele morava sozinho e me machucou. Fez as coisas a força comigo, machucou o meu pescoço (chora)*”. Segundo Le Guillant (2006), essa submissão teria sido construída ao longo de uma existência marcada pela vivência de um trabalho que, em vez de ter gerado desenvolvimento, reproduzia a violência. Podemos também pensar que essa não seria qualquer violência, mas sim, uma violência de gênero, posto que a maioria dos trabalhadores domésticos eram e, ainda são, na verdade, mulheres trabalhadoras.⁸⁶

M. não falou sobre sua vida amorosa. Sabemos apenas pelo registro do prontuário que ela tinha “*5 filhos de pais diferentes*”, o que poderia ser uma indicação do que Le Guillant (2006) escreveu acima, isto é, da solidão vivenciada pelas mulheres na condição de empregadas domésticas contribuir para ligações afetivas efêmeras.

Por fim, ressaltamos que Le Guillant (2006) abordou o conjunto da história, o “romance” da vida dessas mulheres que estudou:

É o conjunto da história de cada uma dessas empregadas que me deixou maior impressão; ora, essa história surgiu de sua condição e é composta por mudanças de lugar, por aventuras e incidentes repetidos, por vãs tentativas para “livrar-se da situação”, pelo acúmulo de decepções, provações e dissabores. É claro que, no exercício de outro tipo de profissão, há mulheres que apresentam, também, alguns desses fatores, mas raramente com um peso tão considerável. (p. 274)

Assim, esse autor propôs que somente pela escuta e reconstrução compartilhada da biografia total dos sujeitos adoecidos é que seria possível compreendê-los e ajudá-los, destacando que a condição das empregadas domésticas “é o início de um pseudodestino, de uma sucessão ou, antes, de um encadeamento de situações e contradições, no decorrer ou no termo do qual se situa, às vezes, o distúrbio mental” (Le Guillant, 2006, p. 284).

Ressaltamos ainda que, para o MS, o tratamento recomendado para os casos diagnosticados como depressão relacionados ao trabalho são a psicoterapia, o tratamento farmacológico e as intervenções psicossociais. Essas ações devem ser integradas e articuladas

⁸⁶ Infelizmente devido aos prazos e os recortes dessa pesquisa, não poderemos aprofundar nessa relação entre o trabalho doméstico, gênero e violência.

entre os setores assistenciais e da vigilância, e desenvolvidas por uma equipe multiprofissional, com abordagem interdisciplinar. Sobre a relação dessa patologia e o trabalho, a orientação é:

A relação dos episódios depressivos com o trabalho pode ser sutil. As decepções sucessivas em situações de trabalho frustrantes, as perdas acumuladas ao longo dos anos de trabalho, as exigências excessivas de desempenho cada vez maior, no trabalho, geradas pelo excesso de competição, implicando ameaça permanente de perda do lugar que o trabalhador ocupa na hierarquia da empresa, perda efetiva, perda do posto de trabalho e demissão podem determinar depressões mais ou menos graves ou protraídas. A situação de desemprego prolongado tem estado associada ao desenvolvimento de episódios depressivos em vários estudos em diferentes países (Brasil, 2001a, p.178).

O episódio depressivo relacionado ao trabalho caracteriza-se pela perda do convívio no trabalho: perda do emprego, perda de posição na hierarquia, frustração de aspirações relacionadas ao trabalho e à carreira, lembrando que a inserção pelo trabalho é uma dimensão humana fundamental na nossa sociedade. A prevenção das depressões relacionadas ao trabalho é, portanto, também de ordem ética. Depende da ordem econômica e da justiça nas relações de trabalho, tanto em nível macro quanto microsocial. O exemplo clássico da relação entre depressão e ordem econômica é o do desemprego de longa duração (Brasil, 2001a, p.180).

As recomendações são que a equipe de saúde responsável pelo paciente esteja capacitada para dar suporte ao sofrimento psíquico do trabalhador e intervir nos aspectos sociais e de intervenção nos ambientes de trabalho.

Sobre o tratamento clínico é necessário que os profissionais de saúde sejam capazes de: avaliar a indicação de afastamento do trabalho por meio de licença para tratamento, envolvendo o paciente nessa decisão; justificar cada uma de suas recomendações, junto ao local de trabalho e ao INSS, com especial atenção à realização de laudos, pareceres, atestados e emissão da CAT; auxiliar o paciente a lidar com as dificuldades envolvidas tanto no processo de afastamento, quanto no retorno ao trabalho; orientar os familiares do paciente, os colegas de trabalho e gestores sobre como lidar com a situação da doença do paciente, especialmente, no que se refere ao tempo necessário para que o sujeito retome sua capacidade de trabalho (Brasil, 2001a).

Em relação às intervenções nos ambientes de trabalho, as medidas visam de um lado à eliminação ou à redução da exposição a substâncias químicas, que podem estar envolvidas na gênese de quadros depressivos, quando os trabalhadores manipulam tais substâncias. Neste caso, as ações preconizadas são:

...enclausuramento de processos e isolamento de setores de trabalho, se possível, utilizando sistemas hermeticamente fechados; normas de higiene e segurança rigorosas, incluindo sistemas de ventilação exaustora adequados e eficientes; monitoramento sistemático das concentrações no ar ambiente; adoção de formas de organização do trabalho que permitam diminuir o número de trabalhadores expostos e o tempo de exposição; medidas de limpeza geral dos ambientes de trabalho, de higiene pessoal, recursos para banhos, lavagem das mãos, braços, rosto e troca de vestuário; fornecimento, pelo empregador, de equipamentos de proteção individual adequados, de modo complementar às medidas de proteção coletiva (Brasil, 2001a, p.180).

Também há orientações quanto aos aspectos organizacionais do trabalho, sendo recomendada a realização de uma “análise ergonômica do trabalho real ou da atividade”, buscando conhecer:

...conteúdo das tarefas, dos modos operatórios e dos postos de trabalho; ritmo e intensidade do trabalho; fatores mecânicos e condições físicas dos postos de trabalho e das normas de produção; sistemas de turnos; sistemas de premiação e incentivos; fatores psicossociais e individuais; relações de trabalho entre colegas e chefias; medidas de proteção coletiva e individual implementadas pelas empresas; as estratégias individuais e coletivas adotadas pelos trabalhadores (Brasil, 2001a, p.180).

Os profissionais de saúde também são orientados a:

...informar ao trabalhador examinar os expostos, visando a identificar outros casos; notificar o caso aos sistemas de informação em saúde (epidemiológica, sanitária e/ou de saúde do trabalhador), por meio dos instrumentos próprios, à DRT/MTE e ao sindicato da categoria; providenciar a emissão da CAT, caso o trabalhador seja segurado pelo SAT da Previdência Social; orientar o empregador para que adote os recursos técnicos e gerenciais adequados para eliminação ou controle dos fatores de risco; acompanhar o retorno do trabalhador ao trabalho, seja na mesma atividade com modificações ou restrições, seja para outra atividade, o que é importante para garantir que não haja progressão, recidivas ou agravamento do quadro (Brasil, 2001a, p. 180 e 181).

Como vimos, M. teve seu caso notificado no SINAN, mas não houve intervenção junto ao seu ambiente de trabalho, tampouco a continuação do seu processo psicoterápico, que poderia ajudá-la na elaboração de seus ressentimentos e num possível processo de orientação profissional, que contribuísse para o redirecionamento que ela manifestou desejar realizar em sua vida. No caso A., não houve consenso das equipes sobre a relação entre seu adoecimento e seu trabalho. Como expusemos, acreditamos que essa relação exista. Isso indica a necessidade dos profissionais de saúde, particularmente dos que atuam no CEREST, aprofundarem nos estudos e nos modos de intervenção em casos como o dela, em que o efeito cumulativo de suas vivências, incluindo as do trabalho, produziu seu adoecimento, sem esquecermos do fato de que sua condição de trabalho, desde a infância, em muito contribuiu para suas condições de vida, no geral. Observamos, ainda, que A. também tinha questões a serem elaboradas tanto sobre sua vida afetiva, quanto sobre sua vida laboral, incluindo a perspectiva de aposentadoria. Ela precisaria ser ajudada a encontrar maior qualidade de vida, seja pela atenção ao seu quadro crônico de dor, seja pelos recorrentes sintomas depressivos. Observamos um movimento dessa usuária de permitir, em alguns períodos, que sua vida fosse colocada em função desses sintomas, convocando os profissionais de saúde a testemunharem o seu sofrimento. Como nos lembrou Tosquelles (2009), nossa clínica deve ter como objeto, exatamente a atividade que foi confiscada pela doença, contrapondo-se à propensão de alguns usuários de colocarem sua vida a serviço de alguma enfermidade. Assim, terapêuticas mais ativas, como o grupo operativo, por exemplo, sugerido pela enfermeira do ESF poderiam contribuir para esse processo.

Para finalizar essa discussão, gostaríamos de destacar a importância de uma análise aprofundada de casos considerados “*banais*”. Como vimos, o psiquiatra de M. no SUS, assim considerava seu caso, quando questionou a relevância dele para nosso estudo. Recorremos, mais uma vez, a Le Guillant (2006), quando escreveu:

Trata-se de uma história que vai ser considerada por alguns como excepcional e, por outros, como banal; e todos têm razão. Mas, formulo a questão: a vida de nossas pacientes – aliás, e a nossa – não será feita dessas circunstâncias, a um só tempo, banais e específicas que, no entanto, não deixam de determinar o essencial?... (p.332).

Afinal de contas, a aparente banalidade dessas existências marcadas pela doença tinha a ver apenas com a nossa ignorância (p.281).

4.3.2 Redes de atenção à Saúde do SUS

O primeiro ponto que destacamos na discussão desses dois casos é que a constatação de que a dimensão do sofrimento dessas mulheres foi invisibilizada nas redes de atenção construídas para elas. Isso aconteceu tanto com A., pelo foco na cronicidade de suas queixas, quanto pela consideração na APS de ser M. um caso leve, sem uma expressão peculiar de questões subjetivas que deveriam ser tratadas em um processo psicoterapêutico.

Le Guillant (2006) observou que a atenção dos profissionais de saúde tendia a decrescer, ao mesmo tempo, que o caso se cronificava. Embora, ele se referisse à condição de internação psiquiátrica, acreditamos que sua observação continua válida, quando pensamos no tempo prolongado de atendimento a determinados usuários do SUS:

Existe uma cronicidade asilar que não é somente uma fixação dos sintomas, mas também uma cronicidade das atitudes recíprocas, dos diagnósticos e das terapêuticas, das maneiras de ver, da organização e de um certo número de maus hábitos. De modo geral, em cada serviço, é possível encontrar um quinhão, um tanto esquecido, de velhos pacientes (p. 88).

Assim, ressaltamos a importância do resgate da história de vida dos usuários e da elaboração de um plano terapêutico singular, sobretudo, dos usuários que tenham quadros crônicos e se encontrem em atendimento há anos, com recorrência de queixas e sintomas. Como vimos, a cronicidade pode não ser apenas dos usuários. Muitas vezes também é do próprio serviço que continua ofertando sempre as mesmas intervenções, com as mesmas concepções, independente do resultado que estas produzam.

Outra questão diz respeito ao tratamento das questões sociais. Observamos que estas apareceram, na maioria das vezes, como juízos morais, até mesmo, envolvendo a noção de classes sociais (por parte do psiquiatra da UBS) sempre na forma de generalizações, sem se

considerar como foi construída a história particular de cada usuário. Por outro lado, mesmo quando houve o reconhecimento da importância das questões sociais na construção do sofrimento de M., como manifestou a psicóloga da UBS, acreditamos ser um equívoco considerar que apenas orientações objetivas sanariam esse sofrimento, sem se atentar para a expressão singular dessas contradições sociais na subjetividade da usuária. Clot (2007) nos ajudou a compreender que a apropriação psicológica do que é vivido nunca se reduziria a uma interiorização cognitiva apenas, supondo sempre uma transformação dos atos e uma atribuição de valores pelos sujeitos.

Em relação ao CEREST, mais uma vez evidenciou-se como seu trabalho é desconhecido por parte dos profissionais de saúde envolvidos na condução desses casos. Mesmo havendo a referência do caso M., a psicóloga da UBS não sabia ao certo qual o trabalho que seria desenvolvido por esta unidade, considerando não ser necessária a formalização da referência, por meio de um relatório ou, mesmo, a discussão conjunta do caso. A equipe do CEREST, por sua vez, ao não propor essa discussão ou fornecer algum retorno à equipe da UBS sobre a não adesão da usuária, perdeu uma oportunidade de desenvolver a comunicação e o entendimento sobre ST nesse ponto de atenção da rede.

Ressaltamos, ainda, o entendimento dos profissionais do CEREST de que o caso A. não seria um caso de ST, por seu trabalho estar relacionado à sua condição de vida e, portanto, não sendo possível relacionar seu adoecimento apenas ao trabalho. Questionamos essa visão de que seja possível isolar um elemento central e exclusivo do trabalho que causaria o adoecimento mental. Veil (2012), psiquiatra e médico do trabalho francês, alertou-nos para o equívoco de termos uma concepção de caráter causalista e mecânica, onde o ambiente de trabalho seria tratado como o agente patogênico exclusivo, como um modelo de contaminação viral ou radioativa. Para este autor, essa concepção deixaria de observar o sistema de correlações entre os transtornos mentais e as situações de trabalho, nas quais estão envolvidas as mediações e estratégias intersubjetivas construídas pelos trabalhadores e seus coletivos de trabalho. Veil (2012) acrescentou:

Em nossa opinião, o processo é mais complexo. Sobre um fundo de inadaptação latente, constituído lentamente irrompe, sob o impulso de um evento crítico, a inadaptação manifesta. Ainda, é preciso compreender bem os termos. A noção de inadaptação latente é um dos fundamentos da prevenção e da higiene mental. Mas, a inadaptação não é absoluta, ela é sempre relativa a uma situação ou um conjunto de fatores. E a inadequação latente não é comparável à de uma incubação de doença microbiana, ela é, pelo contrário, a saturação parcial dos mecanismos de defesa (p.67)⁸⁷.

⁸⁷ No original: À notre sens, le processus est plus complexe. Sur un fond d'inadaptation latente lentement constituée éclate, sous la poussée d'un événement critique, l'inadaptation manifeste. Encore faut-il bien s'entendre sur les termes. La notion d'inadaptation latente est un des fondements de la prévention et de l'hygiène mentale. Mais l'inadaptation n'est pas un absolu; elle est toujours relative à une situation ou à

Sendo assim, acreditamos que os profissionais do CEREST que, como vimos, têm dentre suas tarefas a de oferecer retaguarda técnica aos demais profissionais da rede sobre a relação entre saúde, adoecimento e trabalho, poderiam aprofundar os estudos sobre esta complexa relação. Pois, se o entendimento ficar restrito a uma concepção de causa-efeito, acreditamos que, em especial, essa retaguarda aos casos de adoecimento mental ficaria prejudicada, ainda mais em casos em que o trabalho determinou, em grande parte, a condição de vida do trabalhador, mesmo que não seja a totalidade dessa vida, como A. ensina.

Ainda sobre a ST, segundo a psicóloga do CEREST, só poderiam ser notificados no SINAN casos de TEPT, quando o próprio MS reconhece doze transtornos mentais e comportamentais relacionados ao trabalho (Brasil, 2001). Esta psicóloga informou-nos que notificou o caso M., com a observação de que seria um caso de depressão, mas que o sistema o considerará como TEPT: *“Isso vai ser notificado como TEPT e o caso dela é depressão, porém, essa é a única forma de registrar o caso, pois se não fosse assim não seria registrado”*. Acreditamos que se faz necessário questionar esse procedimento e construir outra forma, pois qual o sentido de um sistema de informação que não retrate a realidade dos agravos?

Também destacamos a questão da VISAT, o que sem dúvida, trata-se de um grande desafio para o SUS. Reconhecendo, que o público preferencial para as ações de ST, segundo a PNST, consiste exatamente dos trabalhadores informais e com vínculos precarizados, se faz necessária a construção de metodologias de intervenção em espaços domésticos ou, mesmo, informais. A única possibilidade de intervenção do poder público, nessa área, seria o SUS, visto que sabemos que o MTE e as delegacias regionais do trabalho não atuam nesses espaços. Nesse sentido, parece-nos fundamental que o CEREST e a VISAT pautem essa questão em suas ações.

5 PERCURSO NO SUS: CASO F. – “O TRABALHO TRATOU O SINTOMA”

“O ser humano necessita dessa liberdade de sonhar, de encantamento na sua vida... Meu trabalho na questão do sofrimento é a minha fuga, onde eu vejo o quê pode chegar a ser a humanidade sem sofrimento.” – F.

5.1 Percurso no SUS

F. nasceu em 02.03.1961, na cidade de Passos, MG. Contava com 54 anos, quando ocorreram as principais entrevistas para esta pesquisa, entre abril e maio de 2015. Em maio de 2016, houve um novo contato e as informações sobre seu tratamento no SUS foram atualizadas. Relatou-nos ter migrado, ainda criança, com sua família de origem para BH. Depois, possivelmente na sua adolescência, os pais mudaram-se para essa cidade da Região Metropolitana da capital, após conseguirem um financiamento de uma casa, nessa cidade, pelo Banco Nacional de Habitação (BNH). Os pais tinham um restaurante neste município. O pai faleceu em 2003, devido a um aneurisma e a mãe, em 2008, após alguns acidentes vasculares cerebrais (AVC). F. era o quarto filho de uma família de cinco irmãos, duas mulheres e três homens. Ele relatou manter um relacionamento cordial apenas com o irmão caçula, pois teve desavenças com os outros irmãos, devido uma disputa jurídica sobre a casa deixada, como herança, pelos pais. Segundo F., o pai havia deixado a casa para ele, devido à sua ajuda na sua construção, o que teria sido reconhecido, recentemente, pela justiça. Separado havia cinco anos, após uma relação estável de 25 anos, F. teve três filhas: a mais velha de 29 anos tinha uma loja de roupas e as outras duas, gêmeas de vinte e poucos anos, após concluírem um curso técnico no Centro Federal de Educação Tecnológica (CEFET), cursavam ensino superior, uma estudava química e a outra, engenharia civil. Ambas trabalhavam, a estudante de química, no laboratório de uma universidade e a outra, como estagiária em uma empresa de construção civil. A escolaridade de F. era ensino superior incompleto (Educação Artística). Ele morava sozinho na casa herdada dos pais. Afirmou manter uma relação próxima e amigável com a ex-companheira e suas filhas, morando todos no mesmo bairro. Disse também que trabalhava confeccionando bolsas para gestantes, com sua ex-companheira, como artista plástico, expondo seus trabalhos na “Feira Hippie” na

capital mineira⁸⁸ e como oficineiro, co-coordenando um grupo de usuários dos serviços de SM e seus familiares, na UBS estudada. O único trabalho remunerado, de forma regular, era o da confecção de bolsas. Relatou ganhar menos de um salário mínimo por mês.

Pelos relatos de F. e pelas pesquisas em seus prontuários no SUS, ele teria iniciado seu percurso de tratamentos psiquiátrico e psicológico havia cerca de 38 anos. Ele não se lembrava ao certo das internações psiquiátricas e dos tratamentos que realizou no período anterior à sua chegada ao SUS estudado, em 2002. Segundo seu prontuário no CAPS, ele teria tido, ao longo dessa trajetória, seis internações psiquiátricas compulsórias, sendo que a primeira, possivelmente em 1977, ocorreu movida pelos irmãos, quando ele tinha 16 anos. F. mencionou cinco internações psiquiátricas, sendo as duas últimas, as únicas descritas nos seus prontuários do SUS.

Seu primeiro atendimento nesse SUS foi no Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS)⁸⁹, onde F. atribuiu o início de seu adoecimento mental aos conflitos familiares vividos – “*A família cobrava mais que eu podia dar.*” Para os profissionais do CAPS, esse início foi marcado pela toxicomania de F., que relatou nos atendimentos, ter feito uso de maconha, quando adolescente. F. também registrou, em atendimento no CAPS, que o seu processo de adoecimento estaria relacionado à sua incapacidade de administrar o ambiente familiar, tendo um caráter “*cumulativo*”, segundo informações registradas em seu prontuário. Nesse acompanhamento, ele contou à sua terapeuta que o pai era alcoólatra e agredia sua mãe, tendo ele, por diversas vezes, tentado protegê-la, apanhando em seu lugar. Ele também mencionou que o pai teria outra família. No prontuário da UBS, consta que ele disse que na adolescência, era skatista e pintava o cabelo, o que desagradava muito à família. A nós, F. relatou que, ao final dos anos 1970, quando decidiu morar sozinho e deixou a casa dos pais, estes o levaram para o seu primeiro atendimento psiquiátrico, onde o psiquiatra teria lhe receitado valium^{®90}. Ele afirmou ter ficado dependente desse medicamento, que, na sua concepção era feito de ópio, justamente para viciar pessoas que desagradavam o regime militar vigente na época. Assim, ao se tornar dependente químico, ele ficaria “*sob a vigilância do sistema*”. Para sua terapeuta no CAPS, F. disse que o haldol^{®91} era um instrumento de repressão da ditadura

⁸⁸ Feira Hippie: é uma tradicional feira de artesãos no centro da cidade de BH que acontece todos os domingos.

⁸⁹ NAPS: primeira unidade de saúde específica para o atendimento em saúde mental no SUS. Depois seriam nomeados como CAPS.

⁹⁰ Valium[®] (diazepam) é um ansiolítico.

⁹¹ Haldol[®] (haloperidol) é um antipsicótico.

militar. Continuando seu relato sobre as internações, F. relatou que teria passado, entre 1980 e 1981, quando tinha, cerca de, 20 anos, por um interrogatório na Delegacia de Ordem Política e Social (DOPS), sobre seu “*projeto do carro a álcool*” numa montadora de veículos, onde trabalhou. Segundo ele como, anteriormente, teria trabalhado com os americanos, em um colégio e não havia comentado com eles sobre este projeto, os americanos, descontentes com sua postura, teriam solicitado uma intervenção da DOPS. Nesse interrogatório, que F. também nomeia de internação, os militares ter-lhe-iam extraído quatro dentes e intencionavam que fosse realizada nele uma lobotomia. Ele relatou que, ainda, na DOPS, as pessoas presas passavam por uma série de choques elétricos e químicos. Depois eram realizadas as lobotomias e, em seguida, eram transferidas para o manicômio de Barbacena (MG). Ele teria conseguido fugir da ala do bloco cirúrgico, com ajuda de amigos, “*que invadiram o manicômio e tiraram todo mundo que era possível...*” Para F., mesmo depois da anistia, os militares torturadores preocupavam-se em serem delatados por quem haveria, como ele, conhecido ou assistido pessoas serem torturadas – “*Porque quem é torturado esquece quem torturou, quem assistiu não. Então, entre 1979 e 1985, o que restou de extremistas dos militares começou a buscar quem tinha assistido. Eu conhecia muitos que foram torturados*”. A outra internação psiquiátrica teria acontecido, por volta de 1996, aos 35 anos de idade, quando passou a ingerir cabolítio, segundo sua avaliação, sem necessidade. Em uma dessas internações, ele relatou ter tido um “*confronto com enfermeiros*” e apanhado com um cano de chuveiro, o que teria causado uma fratura na sua costela. As internações registradas nos prontuários do SUS, com relatórios de alta, foram as ocorridas em 2002, quando F. tinha 41 anos e em 2007, quando ele contava com 46 anos. Ambas as internações também foram compulsórias, tendo ele sido conduzido pela polícia, respectivamente, à hospitais psiquiátricos na capital mineira. Em junho de 2002, F. ficou 22 dias internado, após uma crise. Ele relatou ao NAPS que, nessa época, havia interrompido o tratamento ambulatorial que fazia em um hospital psiquiátrico. Em 2007, sua companheira teria chamado a polícia, devido ao comportamento agressivo e desorganizado de F., que teria aberto todas as torneiras e o gás de cozinha de sua residência. Ele ficou, cerca de, 9 dias internado. Ressaltamos que essa foi a última crise desestabilizadora de F. e coincidiu com o período que sua mãe adoeceu. Ao longo de 2007, ele relatou que a mãe teve três AVC, ficando acamada, recusando-se a se alimentar e vindo a falecer em janeiro de 2008.

No SUS pesquisado, ele iniciou sua trajetória em 25.06.2002, tendo sido encaminhado ao NAPS, por um psiquiatra de um hospital conveniado com o SUS/ BH. No relatório de alta,

realizado 4 dias antes, constava que F. havia apresentado, durante o período de internação, forte agitação psicomotora, inquietação, delírios polimorfos e ausência de crítica, tendo melhorado com o uso de medicação⁹². Havia, ainda, a observação do psiquiatra dizendo que F. era “*produtivo, trabalhando com peças de metal – bronze (artista plástico)*”, a indicação da CID F29⁹³ e a interrogação sobre a possibilidade de outras duas, F31⁹⁴ e F20⁹⁵. A equipe do NAPS, que realizou o primeiro atendimento de F., o considerou orientado e estabilizado. Por este motivo, ele foi encaminhado para realizar o acompanhamento psiquiátrico em uma UBS⁹⁶.

Em 15.07.2002, vinte dias após seu encaminhamento, houve o primeiro atendimento psiquiátrico de F. na UBS. Ele permaneceu assíduo e estável até abril de 2007, com atendimentos psiquiátricos regulares, de 2 a 3 meses e, em alguns momentos, mensalmente. F. frequentou, também, uma oficina nessa unidade, mas, não observamos o registro desse acompanhamento, para além de sua participação, anotada em um relatório feito pelo psiquiatra. Não encontramos registros de atendimento psicológico ao usuário nesse período. Em abril de 2007, havia o relato do usuário recusar-se a ir aos atendimentos, tendo sua companheira procurado a unidade, em maio, para relatar que o mesmo estava em crise.

Em 10.05.2007, o psiquiatra da UBS encaminhou F. para o CAPS, com o relato da sua companheira de que ele recusava-se a ir à UBS, tanto para a consulta psiquiátrica, quanto para a oficina, ficando em casa, inquieto, andando o tempo todo, de um lado para o outro, falando sozinho coisas sem sentido, entre outros sintomas ilegíveis no prontuário. No encaminhamento, o psiquiatra colocou a CID F20 e interrogou a possibilidade de F29.

F. foi acolhido no CAPS, 4 dias após o encaminhamento, por uma psiquiatra e uma terapeuta ocupacional. No atendimento psiquiátrico, houve o registro de que o usuário estava

...francamente delirante, em agitação psicomotora, tira roupa diz que precisa ser ‘desmobilizado’ para ir para o bloco cirúrgico. Hostil com a esposa. Pede medicação injetável. Relata uso de droga cannabis na adolescência, possivelmente, retomou o consumo últimos meses. Nega comorbidades clínicas. Nega uso de álcool.

⁹² Ver Apêndice F – Síntese dos Diagnósticos e Medicamentos dos 4 casos.

⁹³ F29: Psicose não orgânica não especificada.

⁹⁴ F31: Transtorno afetivo bipolar.

⁹⁵ F20: Esquizofrenia.

⁹⁶ Nessa época, apenas algumas UBS contavam com psiquiatra em suas equipes. Assim, F. foi encaminhado para uma com equipe completa de SM, que não estava na região onde morava, mas, era a mais próxima de sua residência.

No atendimento com a terapeuta ocupacional, houve o registro de que ele estava “*bastante delirante e agitado, taquipsíquico, com discurso fragmentado*”, acusava a companheira de mexer em suas coisas, além de estar muito irritado, por ter ido ao CAPS, levado pela polícia. F. recusou-se a retornar para casa, segundo o relato da terapeuta ocupacional, por estar apresentando uma interpretação delirante-persecutória, que incluía como elementos perseguidores sua companheira e suas filhas. No intuito de evitar sua pernoite em um hospital psiquiátrico⁹⁷, a terapeuta ocupacional se dispôs a acompanhá-lo até sua residência. Chegando a sua casa, F. apresentou à terapeuta sua oficina e as várias esculturas e pinturas que havia feito. Neste momento, ele relatou que expunha seu trabalho na feira hippie, em BH, dizendo que não poderia deixar de trabalhar. A terapeuta ocupacional propôs um acordo para ele retornar ao CAPS no dia seguinte, ressaltando a importância do seu tratamento. No entanto, F. não retornou à unidade. Segundo relato de sua companheira, ele continuava recusando-se a ingerir a medicação prescrita. F. também se recusou a abrir a porta de sua casa para a equipe do CAPS, que o visitou nos dias seguintes. A equipe de enfermagem fez visitas diárias a ele até 18.05, tendo sido acompanhada pela psiquiatra no dia 16.05. No dia 21.05, durante outra visita, a filha mais velha informou-lhes que o pai havia sido levado pela polícia para um hospital psiquiátrico em BH, no dia 18.05, após ter ficado muito desorganizado e agressivo, tendo aberto todas as torneiras e o gás de cozinha da casa.

F. ficou internado, cerca de 9 dias, retornando ao CAPS em 28.05, quando apresentou-se, segundo relato da psiquiatra, “*mais tranquilo, organizado e (com) importante redução de atividade delirante*”. Naquele momento, ele demandou psicoterapia e relatou seu trabalho como artista plástico, além de falar sobre alguns conflitos conjugais. Passou a ser atendido regularmente pela psiquiatra e a terapeuta ocupacional, sua técnica de referência. F., mas não aceitou comparecer todos os dias ao CAPS. Portanto, a terapeuta ocupacional negociou sua ida ao equipamento três vezes por semana. Entre o final de maio a meados de junho ele teve duas faltas, alegando ter perdido o cartão do ônibus.

Em 27.06.2007, a técnica de referência propôs que F. pintasse durante a oficina do CAPS. A princípio, ele não aceitou, alegando: “*Vocês não têm as cores e materiais adequados.*” No entanto, na semana seguinte encontramos o relato de sua participação como coordenador dessa oficina de pintura.

A partir de julho desse ano, a pedido do usuário, sua permanência-dia no CAPS foi reduzida para duas vezes por semana. Em agosto, além de coordenar a oficina de pintura, ele

⁹⁷ Nessa época este CAPS não funcionava 24 horas.

passou a participar da oficina de criação artística, coordenada pela psicóloga da unidade. F. considerou que esta última oficina era importante para seu tratamento, por ser “*uma forma de aprender a conviver*”. Além disso, ele manteve os atendimentos individuais, com sua técnica de referência, duas vezes por semana.

F. retornou para o atendimento psiquiátrico na UBS de referência, em outubro de 2007, após negociação entre ele e sua técnica de referência, além de ter sido discutido seu caso entre os profissionais do CAPS e da UBS. Ele permaneceu, portanto, 5 meses em acompanhamento psiquiátrico no CAPS. Mesmo retornando para o atendimento psiquiátrico na UBS, ele manteve o acompanhamento individual semanal com a terapeuta ocupacional e as oficinas de pintura e criação artística no CAPS por mais 23 meses, sendo contrarreferenciado para a integralidade de seu tratamento na UBS em setembro de 2009. Nessa ocasião, recebeu o diagnóstico de F22⁹⁸.

Durante sua estada no CAPS, no atendimento individual com sua técnica de referência, ele teve espaço para elaborar várias questões de sua vida familiar, tanto em relação à sua família de origem, quanto aquela formada com a sua companheira e suas filhas. Também encontramos nos registros muitas questões ligadas à sua vida profissional: sua trajetória como trabalhador, suas realizações, seus receios e seus projetos. Em determinada ocasião, participou de uma reunião sobre economia solidária, com outros usuários e profissionais da rede. Outro tema que apareceu foi sua experiência com a ditadura militar, época em que alega ter sido perseguido politicamente, por sua militância em prol das artes, da liberdade e da qualidade de vida. Paralelamente, aos temas família e trabalho, recorrentes em praticamente todos os atendimentos, houve o registro, em alguns momentos, da presença de ideias, consideradas delirantes pelos profissionais.

F., tornou-se oficinairo, reconhecido pelos profissionais do CAPS, embora sem remuneração por seu trabalho, coordenando a oficina nomeada, por ele, de “*Oficina de Integração e Produção Criativa Gentileza*”. Ele produziu, com outros usuários da unidade, pinturas sobre tela, trabalhos de reciclagem (bolsas de pano pintadas à mão e vasos feitos com garrafas pet), preparação para produção de cenário para teatro, pinturas em acrílica sobre madeira (cenário para teatro) e a pintura do muro no espaço interno da unidade. Afirmou, em entrevista, que este trabalho foi realizado em agradecimento ao tratamento recebido no CAPS.

Na oficina de criação artística, coordenada pela psicóloga, F. realizou diversas atividades, envolvendo a representação cênica: exercícios de clown, elaboração de roteiros,

⁹⁸ F22: Transtorno delirante persistente.

confeção/adaptação de figurinos, atuação, apresentações de teatro, dança e música, produção de peça gráfica para o Dia da Luta Antimanicomial. Além de intervenções urbanas em seu município e em BH, por ocasião das comemorações da semana da Luta Antimanicomial, com performances teatrais na rua e exposições dos trabalhos artísticos dos usuários dos serviços de saúde mental em feiras e shoppings. Em todo este período, não observamos registro de faltas aos atendimentos prestados. Em um dos atendimentos, F. referiu-se ao CAPS como um lugar onde construiu seus “*sonhos*”, marcando a diferença desse espaço, em relação às internações psiquiátricas que teve e julgava serem instrumentos violentos de repressão e não tratamento de saúde. A psicóloga dessa unidade produziu, em 2009, um vídeo sobre o trabalho de F. como artista plástico e como oficinairo. Também houve a produção de outro vídeo, sobre a oficina de criação artística, na qual F., ao lado de outros usuários, aparecia realizando o trabalho de elaboração e apresentação das peças, músicas, danças e intervenções urbanas desenvolvidas pelo grupo entre 2007 e 2009.

Após 10 dias da contrarreferência, ainda, em setembro de 2009, F. passou a ser acompanhado por um psicólogo na UBS, onde também realizava o acompanhamento psiquiátrico. No encaminhamento do psiquiatra para este psicólogo, constava como diagnóstico do usuário, F.20.0⁹⁹.

F. continuou vinculado ao grupo de criação artística do CAPS, por mais alguns meses. Não conseguimos precisar até quando manteve esse vínculo, apenas que ele ficou até o grupo extinguir-se, com a saída da psicóloga, coordenadora da atividade, dessa unidade, ainda em 2009. No entanto, F. procurou essa psicóloga, que havia sido transferida para uma UBS e, juntos, passaram a coordenar um grupo, nomeado, por ele, de “*Oficina de Integração e Produção Criativa*”, a partir de 2011. Este grupo estava voltado para os usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares. Iniciaram com atividades teatrais, como o grupo realizado no CAPS, mas incluíram outras atividades, como a pintura dos muros e o plantio de mudas no terreno da unidade, além de passeios a organizações não governamentais (ONG) de preservação ambiental e museu de artes. F. e a psicóloga relataram que a próxima etapa desse trabalho grupal seria sua transformação em uma cooperativa de criações diversas. Até maio de 2016, o grupo mantinha-se ativo, seguindo com a coordenação de ambos.

O atendimento psicológico na UBS manteve-se de setembro de 2009 até o final de 2015. Durante cinco anos esse acompanhamento foi quinzenal e, em alguns momentos, semanal, de acordo com a avaliação do psicólogo e a negociação com o usuário. A partir de 2015, a

⁹⁹ F20.0: Esquizofrenia paranoide.

pedido de F., os atendimentos passaram a ser mensais. Os temas recorrentes trabalhados nesse espaço foram, novamente, as relações familiares – a mudança do arranjo conjugal, como tentativa de manter a união, a separação conjugal, a educação das filhas e os desentendimentos com os irmãos, e, o trabalho – como artista plástico e como oficinairo, suas possibilidades e dificuldades para manter-se como artista. Também observamos diversos relatos de F. sobre sua saúde e as elaborações/negociações que construiu sobre a quantidade e os melhores horários para ingestão dos remédios, a alimentação mais adequada, a importância da água e do sono para compensar os efeitos colaterais dos medicamentos e o lugar da psicoterapia na reconstrução de seus sonhos e de seus projetos e vida. Em vários momentos desse percurso, havia o relato de sua defesa de pela luta antimanicomial, inclusive, com sua participação ativa nos eventos de comemoração dessa luta, em maio, além de sua participação em conferências, municipal e estadual, de saúde mental, nas quais apresentou suas propostas para o sistema público nessa área¹⁰⁰. Os direitos das “*peças com deficiência*” e “*com sofrimento mental*” também estava presente nos registros dos atendimentos¹⁰¹. Em alguns períodos, F. demonstrou certo medo de voltar a ser internado, evidenciando a dramaticidade de suas experiências de internação psiquiátrica à força, devido à violência e o sofrimento que isso lhe causava. Uma reclamação frequente de F. era a respeito da quantidade de medicamentos que ingeria e seus efeitos colaterais. Ele reconhecia a necessidade de usá-los, mas questionou em diversos momentos, tanto o psiquiatra, quanto o psicólogo, sobre a não redução da dosagem, apesar de estar envelhecendo e não ter mais os impulsos da juventude. Ao longo desse acompanhamento, observamos que o psicólogo discutiu o caso com a equipe algumas vezes e realizou encaminhamentos para clínica médica da unidade e para o serviço de odontologia da Pontifícia Universidade Católica (PUC). Em todo este período, F. faltou em um atendimento, marcou outros dois e compareceu no dia errado uma vez.

O atendimento psiquiátrico na mesma UBS manteve-se regular, no primeiro período, de junho de 2002 a abril de 2007, e depois, entre outubro de 2007 a setembro de 2014, sendo a última consulta realizada no 03.09.2014. Em outubro desse ano, o psiquiatra dessa unidade entrou de licença médica, permanecendo licenciado até a realização das entrevistas principais,

¹⁰⁰ Conferências de Saúde: são instâncias colegiadas com representantes da sociedade civil, trabalhadores e gestores da saúde que avaliam e propõem diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis municipais, estaduais e nacional. Acontecem de 4 em 4 anos. No caso, essas que F. participou tratavam da política de atenção à SM. (Brasil, 1990b).

¹⁰¹ No dia da primeira entrevista, F. nos entregou uma cópia da “*Declaração dos direitos das pessoas portadoras de deficiências*”, segundo resolução da Organização das Nações Unidas (ONU) nº 2.542/1975. Esta encontra-se no Anexo B. Depois, na pesquisa nos prontuários, observamos que ele havia disponibilizado cópias dessa declaração para todos os participantes do grupo, que co-coordenava na UBS.

em maio de 2015. Tivemos dificuldades de compreender os registros dos atendimentos, devido à ilegibilidade da letra do médico. No entanto, foi possível observar a regularidade bimestral ou trimestral das consultas, os encaminhamentos para CAPS, para o atendimento psicológico na unidade e para a clínica médica, solicitando uma avaliação, devido à queixa do usuário de estar com uma disfunção erétil. Durante o período de permanência de F. no CAPS, este psiquiatra fez contatos com a equipe dessa unidade para ter notícias do usuário, bem como esteve presente em várias discussões da equipe de SM da UBS sobre seu tratamento. Segundo relato de F., ele teve apenas uma falta nesse atendimento, devido à morte de seu pai.

Tanto para o psicólogo que o atendia quanto para a psicóloga, parceira de F. no grupo, durante os seis anos em que ele se manteve em atendimento na UBS, não teve crise, mas, em alguns momentos, fragilizou-se, apresentando uma atividade delirante mais intensa. No entanto, essa não o impedia de estar produzindo e em contato social, sugerindo que ele conseguia se estruturar com o tratamento.

Em entrevista, realizada em 2015, quando questionado sobre seu estado de saúde, F. respondeu:

Alguns médicos me falam do diagnóstico de esquizofrenia paranoica, outros de transtorno bipolar... Eu acho que tenho sofrimento mental. Doença mental predispõe um grupo específico, sofrimento mental é inerente à raça humana. Todo mundo tem. Faz parte que a gente crie objetos, casa, facilidades de alimentação. Tudo vem de um sofrimento. Você tá com fome, é um sofrimento, tem que comer. Eu sinto de uma forma mais aguda e isso causa um desconforto. Você sai do padrão e a sociedade quer um padrão. O que faz a pessoa ficar diferente é sua relação humana com o mundo.

Durante as várias entrevistas, que realizamos com ele, F. queixou-se muito da dosagem dos remédios que ingeria. Ele reconhecia que precisava utilizá-los, mas questionava o fato de não ser avaliada sua saúde como um todo e a necessidade de continuar, por tantos anos, ingerindo os mesmos medicamentos na mesma dosagem. Relatou que os efeitos colaterais desses remédios o incomodavam muito:

Todos os remédios têm efeito colateral, perda de memória instantânea, questões de libido, você fica totalmente anestesiado, a cabeça quer, mas o corpo não reage. Você fica doido pra trabalhar, mas o corpo fica doido pra ficar parado. Você começa a trabalhar, se descuida e senta, vai embora. Até você se reerguer... Durmo muito, um sono que não restabelece. Acordo cansado. É mais relaxamento do que sono. Atrapalha o trabalho, parei de fazer (peças novas). Tem um estoque de peças que fui vendendo. A produção foi caindo...

Sobre seus tratamentos, relatou que o acompanhamento psiquiátrico ficou irregular, desde o licenciamento de seu antigo psiquiatra. De outubro de 2014 a setembro de 2015 teve, segundo ele, apenas a renovação da receita de seus medicamentos usuais, por diversos clínicos. O usuário chegou a ser atendido pelo psiquiatra da UBS, onde co-coordenava o grupo, entre setembro e outubro de 2015, mas com a aposentadoria desse, ficou novamente sem referência nessa especialidade.

F. considerava importante para a manutenção de sua saúde, tanto os acompanhamentos médico e psicológico, quanto seu trabalho como oficinairo: “*Você precisa do psiquiatra e do psicólogo... A terapia é para falar da história... O grupo (da UBS) é trabalho e tratamento. É um laboratório emocional. O grupo é terapêutico também*”. Até a realização da última entrevista para esta pesquisa, o trabalho de F. como oficinairo continuava não sendo remunerado. Ele afirmou que o realizava porque, além de ser uma forma de tratamento, também era uma maneira de continuar retribuindo o tratamento que recebia no SUS, desde o CAPS até a UBS.

A partir de 2016, segundo o relato mais recente de F., ele passou a ser acompanhado por um clínico e por uma psicóloga na UBS de seu bairro (na rua de sua casa), tendo realizado, nesse ano, vários exames de sangue e nos pulmões, já que é fumante. Os resultados foram considerados normais, pelo seu médico. Ele parecia feliz por ter realizado esses exames, considerando estar melhor assistido, tendo um acompanhamento geral de sua saúde e não apenas a atenção psiquiátrica. Relatou, ainda, que continuava ingerindo os quatro medicamentos psiquiátricos, mas, comemorava a redução, pelo clínico atual, da dosagem de um deles.

Em maio de 2016, a psicóloga da UBS fez contato com a pesquisadora para informar que F. havia ganhado um prêmio, de abrangência nacional, sobre inclusão social – arte, cultura e trabalho. O público alvo do concurso era usuários e equipes da rede de atenção psicossocial, com experiências de inclusão social de usuários e familiares em projetos econômico-sociais, ONGS e em equipes interdisciplinares da RAPS. Havia diversas categorias, como arte, cultura, trabalho e economia solidária. Seu trabalho intitulado “*Oficina de Integração e Produção Criativa*” (*Artes Diversas*) conquistou o 1º lugar, tendo F. e sua ex-companheira, viajado para Brasília para receber o prêmio (um valor em dinheiro). Na última entrevista, F. relatou que no evento para a entrega da sua premiação em Brasília, fez um discurso sobre o “*portador de sofrimento mental e o seu direito de ter o dever de trabalhar*”, ressaltando que a luta antimanicomial teria três fases: a primeira fase seria acabar com os manicômios; a segunda: a inclusão, de fato, o que aconteceria com a produção de trabalhos, com qualidade, e úteis à sociedade; e, por fim, a última fase seria o aprimoramento das técnicas e das ferramentas para o trabalho avançar sempre.

Cumprir destacar, ainda, que F. desejava que seu nome aparecesse por inteiro nessa pesquisa, não necessitando de anonimato. A princípio, ele julgou as regras do COEP/UFMG uma forma de censura, alegando que assumia tudo que falava. Ao explicamos os motivos do

anonimato e, que, se revelássemos seu nome, os profissionais do SUS também seriam identificados, ele afirmou:

Ainda sonho com um país que não proteja tanto... Pra gente alcançar, de fato, a autonomia como nação, tem que ouvir as pessoas e basear o que falam na sua obra... Eu sei que as regras são assim. Mas o avanço depende da ousadia, às vezes, em entender que por mais exposto que você fique, você ajuda a não acontecer com milhares de outras pessoas o sofrimento que você passou.

Por fim, ele agradeceu por fazer parte desta pesquisa: *“É prazeroso saber que vocês estão fazendo este trabalho. Me sinto com o dever cumprido, abrir uma porta para que deixe o sol entrar.”*

5.2 Relação Trabalho e Saúde Mental

5.2.1 Na perspectiva do usuário

A possível relação entre o trabalho, artístico e como oficinheiro realizado por F. e sua saúde mental foi indicada, por ele, em vários momentos das entrevistas para esta pesquisa, nos diversos registros em seus prontuários no SUS, no vídeo produzido sobre seu trabalho e nos dois projetos que escreveu e que nos repassou. Ele, ainda, fez questão de relatar seu percurso profissional, levando seu currículo para uma das entrevistas. Em um dos seus projetos¹⁰², afirmou:

Nunca pedi o benefício do INSS (aposentadoria por invalidez), porque acredito no benefício do trabalho, principalmente o trabalho cooperado. Os benefícios são o desenvolvimento da integração social, com respeito, com gentileza maior entre o grupo de pacientes presentes nas oficinas, e também fora do espaço da oficina, com as famílias deles, pois há sempre uma troca de conhecimento, de calor humano, de esperança e de novos horizontes para todos.

Sobre a importância do trabalho, F. ressaltou, diversas vezes, o que chamou de “o direito de ter o dever de trabalhar”, explicando: *“Nós vivemos em uma sociedade que temos que cumprir os deveres para ter os direitos. O trabalho é um dever. Mesmo o aposentado tem que fazer alguma coisa.”* No entanto, a relevância que ele atribuía ao trabalho não devia, somente, a ser este uma obrigação social, que possibilitaria integração entre as pessoas e as condições de sobrevivência. O trabalho seria também, em sua visão, uma forma de aprender e construir outras possibilidades de viver e conviver consigo e com os outros:

¹⁰² Ver Anexo C – Caso F. Breve relato de história de vida (por ele mesmo, em 2015).

O ser humano necessita dessa liberdade de imaginar, de sonhar, de encantamento na sua vida... O encantamento que aquele momento vai trazer para sua vida, ele pode gerar novos sonhos, novos projetos... Meu pai dizia que a gente tem que cair para aprender, tem de errar para aprender... Não acredito nisso. Meu trabalho, na questão do sofrimento, é a minha fuga, onde eu vejo o que pode chegar a ser a humanidade sem sofrimento.

No vídeo produzido sobre suas obras artísticas e seu ofício de oficinairo, F. apontou, diretamente, a relação entre o trabalho e a saúde mental, ao afirmar: *“Este trabalho visa, além de produzir saúde mental, articular cultura e integração social.”* Observamos em muitos relatos, sua defesa de que a verdadeira inclusão social aconteceria pelo trabalho. Ele afirmou que uma das dificuldades de ser *“portador de sofrimento mental”* era exatamente a perda do direito de competir no mercado de trabalho. *“Nós perdemos o direito de competir. A sociedade é muito preconceituosa.”* Para ilustrar esse preconceito, ele relatou que havia sido indicado para ser professor na escola de artes, onde havia estudado, mas teria sido reprovado no exame médico, por ter revelado fazer uso de remédios psiquiátricos.

Ainda sobre a relação entre o trabalho artístico e a produção de saúde, F. explicou que a rotina que o trabalho permite é fundamental para a melhora da saúde: *“o paciente só melhora quando constrói uma rotina. Se não, fica sem hora para comer, pra trabalhar, para dormir.”* Ele relatou ainda, a nós e também ao seu psicólogo, que a inclusão de usuários, *“portadores de sofrimento mental”*, no trabalho grupal em oficinas nas unidades de saúde, com atividades diversas, deveria acontecer *“logo após as internações, ainda impregnados de medicação.”* Isto porque depois essas pessoas fariam *“corpo mole”* e deixar-se-iam levar pela *“inércia”*, acostumando-se com a falta de rotina e tendo mais dificuldades de reagir aos efeitos colaterais dos remédios.

Outro ponto destacado, por ele, foi a importância do seu trabalho incluir atividades variadas e de ter autonomia sobre seu processo de produção:

É um trabalho em que posso me recuperar rapidamente das crises. Eu tenho uma vantagem no trabalho que eu faço. Eu tenho muitos recursos para voltar a trabalhar rapidamente. O meu trabalho é privilegiado nesse sentido, porque tem vários tipos de atividade que eu posso fazer. Igual o arame (esculturas). Eu tava começando com uma LER no braço e achei essa solução, por ser mais leve e mais fácil de mexer do que outros materiais.

F. afirmou que, desde cedo, aprendeu a reconhecer o valor do trabalho, com o seu pai:

Meu pai nunca me deixou ficar parado, tinha que ter um sonho, uma esperança e ações. Cuidava dos passarinhos, fazia ratoeiras. Não ficava quieto. Ele acreditava que o ser humano era uma fonte de produção contínua. Ele não estudou, mas era um pensamento avançado...

Assim, desde os 12 anos, F. interessou-se pelas artes, especialmente, as artes plásticas. Ele afirmou que esteve envolvido nos primórdios do movimento que culminaria na *“Feira Hippie”* de BH, quando, ainda, era adolescente. Paralelamente a esta atividade, ele começou a

trabalhar, formalmente, aos 14 anos, como *office boy* de uma montadora de veículos, de janeiro de 1975 até outubro de 1977. Depois, entre 1978 a 1979, foi auxiliar de um escritório de advocacia.

A partir de 1980, F. passou a dedicar-se ao trabalho com cerâmica e pintura, expondo seus trabalhos na referida feira. Neste período, ele relatou estar cursando educação artística, em uma importante escola de artes na capital mineira, além de ter aulas no atelier de um artista. Ele estudou técnicas de escultura em liga de bronze, estanho, alumínio, ferro fundido, fundições em cimento, fibra de vidro e materiais alternativos de modelagem.

No período de 1984 a 1991, relatou ter participado de um projeto piloto, na sua escola de artes, como coordenador de um grupo de mulheres, que estavam em tratamento psiquiátrico e psicológico. Ele propunha e realizava com o grupo modelagens e esculturas em argila, objetivando, a partir da arte, o desenvolvimento da autoestima das participantes, que teriam, em sua maioria, quadros depressivos.

F., também, relatou ter tido uma experiência como instrutor de cerâmica, por um ano e dois meses, em uma unidade da Fundação Estadual do Bem Estar do Menor (FEBEM). Por meio da cerâmica, trabalhava com os adolescentes internos a construção de projetos pessoais para que eles conseguissem “*um espaço na vida, com trabalho, com alegria e sucesso financeiro*”.

Ao longo de sua carreira, F. manteve a produção, em sua casa/atelier, de pinturas em óleo sobre tela, de esculturas em materiais diversos (metais, arame, pedra sabão), de desenhos, de cerâmicas e de artesanato com material reciclável (reprodução de criações), tendo relatado ter projetado e executado várias esculturas e troféus, por encomenda. Ele nos mostrou as obras que tinha em sua casa/atelier e as pastas com fotos e os estudos que realizou para a criação, especialmente, das esculturas. No seu currículo constava, ainda, a realização de diversas exposições em diferentes cidades de Minas Gerais, além da exposição e venda realizada, semanalmente, na feira de BH, desde a década de 1980 até a realização desta pesquisa.

No seu percurso profissional, ele, ainda, destacou seu trabalho educativo e terapêutico, afirmando ter aprendido e construído conhecimentos e técnicas, com os demais internos nos hospitais psiquiátricos, por onde passou, buscando “*formas de criar uma convivência construtiva, durante a experiência de internação involuntária*”. Entre essas técnicas, estariam formas para desenvolver a higiene pessoal e a comunicação entre os internos, além de exercícios de relaxamento e reflexões sobre os impactos na saúde de determinadas frases preconceituosas que eles já teriam ouvido, por terem “*sofrimento mental*”. Nesse mesmo sentido, F. relatou-nos ter sido voluntário em uma ONG, que trabalhava com dependentes

químicos e seus familiares. Ele afirmou que seu trabalho era compartilhar com o grupo orientações sobre hábitos de alimentação saudável, noções de higiene pessoal e técnicas de relaxamento para contribuir para o processo de desintoxicação dessas pessoas. Observamos, portanto, que mesmo nas situações em que F. era “*paciente*”, ele, também, se incumbia de desenvolver e compartilhar técnicas para melhorar a condição de saúde própria e de outros. Ele nomeou essa tarefa de trabalho, indicando que, para ele, trabalho não seria apenas a atividade remunerada, mas, também, o ato de criação de conhecimentos e técnicas e compartilhamento com os outros. Nesse sentido, ele nos apresentou tanto os objetos artísticos que criou, quanto suas ideias e experiências sobre seu trabalho com os “*portadores de sofrimento mental*”.

Conforme observamos pela sua trajetória profissional relatada, desde a década de 1980, F. manteve-se ocupado em aliar a produção de arte a processos educativos e terapêuticos. No SUS, como vimos, ele desenvolveu este tipo de trabalho, primeiramente, no CAPS, por 2 anos, e, desde 2011, o realizava em uma UBS. Além disso, afirmou, a nós e também ao psicólogo que o atendeu por 6 anos, que ele teria defendido na conferência municipal de saúde mental e no fórum de saúde mental, em 2010, a existência desse tipo de trabalho em oficinas arte-terapêuticas nos serviços do SUS: “*Eu defendi que era necessário ter um grupo como este. As pessoas no debate acharam que não era possível. Aquilo que defendi como ideia, agora mostramos que é possível. Não é tão complicado assim.*”

Sobre este trabalho em oficinas com os usuários de saúde mental e seus familiares, F. apontou a relação entre as atividades, ali desenvolvidas, e a saúde mental, ao destacar a importância de haver ocupações variadas e interessantes para os integrantes do grupo não ficarem ociosos. Ele relatou desenvolver, juntamente com a psicóloga, pinturas de quadros e muros (individuais e coletivas), troca de experiências de vida, danças livres e coreografadas, criação coletiva de histórias e cenários para teatro, reciclagem de materiais diversos e cultivo de plantas. Para F., a realização dessas atividades seria uma forma de equalizar as velocidades do cérebro e do corpo da pessoa, para que ela consiga uma integração interna, o que refletiria nas suas relações interpessoais:

Eles chegam com o cérebro acelerado e o corpo parado. A gente percebe que o cérebro está acelerado quando se incomodam com os outros, uma certa agressividade quando chegam...Tem que ter a velocidade igual. Acelerar os sentidos para chegar na velocidade do cérebro. Aí, a respiração começa a se equilibrar. Você dá atividade para o corpo chegar na velocidade do cérebro.

Embora tenha destacado a importância dos participantes estarem sempre ativos, F. não desconsiderou a necessidade de acolher os membros que estivessem num período de crise ou,

ainda, os que estivessem com alguns sintomas mais intensificados. Para exemplificar essa necessidade, ele relatou que um usuário, com síndrome do pânico, havia dormido o período todo de um encontro, sendo que ele afirmou: *“deixa ele dormir, ele está se sentindo protegido. Ele precisa dormir. Se dormir bem, ajuda a síndrome do pânico.”* A psicóloga, parceira na condução do grupo, também, falou-nos sobre um outro usuário que teve uma crise no grupo, tendo F. e os demais participantes acolhido muito bem esse membro. Para F., esse usuário teria *“desabado”* nesse espaço, exatamente por se sentir protegido ali. Na semana seguinte, esse usuário agradeceu a todos o tratamento que teve no dia de sua crise, destacando a ajuda do grupo no seu processo de recuperação.

Para F., na medida em que os integrantes do grupo foram conseguindo fazer as tarefas propostas, eles se tornavam a ser mais ativos, tanto no cuidado de sua saúde, quanto na vontade de realizar mais ações:

O grupo nesse momento não precisa mais que eu e a (psicóloga) fiquemos dando atividades para as pessoas, pedindo, insistindo. Já somos um grupo autônomo. É uma outra etapa. As pessoas respiram bem, comem bem, alguns estão pegando bico, estudando... Agora eles têm que procurar um trabalho...

Ele ressaltou este mesmo ponto, no seu projeto, vencedor do prêmio de inclusão social:

A vontade de voltar a ser produtivos passou a ser vista como possível, e não só ficar esperando a aposentadoria, como única forma de continuidade no dia a dia, inclusive, buscando empregos diferenciados, a fim de não ficarem parados, e, assim, com aprimoramento conjunto subir degraus na escala e no número de atividades que se tornarão capazes de realizar.

Sendo assim, F. defendeu a ideia de que a próxima etapa para o desenvolvimento desse grupo seria sua transformação em uma cooperativa, diferenciando este tipo de organização de trabalho da organização competitiva, usualmente, presente no mercado de trabalho:

A gente tem que criar uma ponte. Minha ideia é conseguir construir uma cooperativa de teatro, de arte, de um monte de coisas a gente pode fazer. A cooperativa você ganha pelo que produz. Na saúde mental, o mercado de trabalho competitivo não dá certo, desorganiza todo mundo. Não temos o direito de desagregar o que tá formado. Seria uma forma de fortalecer o conjunto. Poderia pegar outros grupos também...

Ainda sobre a caracterização do trabalho cooperado, F. destacou o valor da responsabilidade que cada integrante teria e o respeito necessário, na organização desse trabalho, aos ritmos individuais: *“Tem uma responsabilidade. É um trabalho. Cada um é responsável e responde por si... Cada um vai no seu ritmo.”*

Segundo ele, para o desenvolvimento da cooperativa, seria necessário conseguirem apoio social e institucional, tanto para aprenderem sobre o cooperativismo social – organização de trabalho e formas de comercialização, quanto para conseguirem os recursos financeiros necessários para essa evolução. Ele apontou a ideia de criar uma fundação, como meio de viabilizar essa proposta:

Para que possa seguir adiante, acredito na possibilidade de alcançar a construção de uma 'Fundação para pacientes portadores de sofrimento mental, parentes e amigos', com enfoque na convivência e no coletivo como força apaziguadora, com apoio do setor público, na área de saúde, em geral.

Relembramos, ainda, o discurso de F., ao receber o prêmio de inclusão social, em maio de 2016, em que ele apresentou as três fases para a luta antimanicomial. Vimos que duas dessas fases estariam ligadas ao trabalho, pela possibilidade de inclusão real que este promoveria e pelo desenvolvimento necessário que exigiria, tanto para o trabalho evoluir, quanto para a evolução dos que o realizam.

Por fim, F., mais uma vez, destacou o papel do seu trabalho, como uma tentativa para livrar-se do sofrimento, e, como afirmação de sua crença na possibilidade de construção de outro 'mundo':

Não preciso sofrer mais. Você não precisa sofrer. Ela não precisa sofrer. A gente tem que lutar para tentar acabar com o sofrimento. E lá na arte, que eu faço, é pra tentar acabar com o sofrimento, sim. Vamos ver se a gente constrói um mundo de amor mais na frente. Deu para entender?

5.2.2 Na perspectiva dos profissionais

Para a terapeuta ocupacional, que foi referência técnica de F. no CAPS, a possibilidade de uma relação entre o trabalho artístico de F. e sua saúde mental apareceu durante a primeira visita domiciliar que realizou, com ele, ainda no primeiro dia de atendimento no CAPS¹⁰³:
“Propus fazer uma visita e me chamou a atenção como a arte tomava o espaço da casa, os quadros na sala, no quintal também... O fazer dele tinha uma função de estabilização. Parece que quando ele não produzia era o período que estava em crise.”

Quando questionada sobre o lugar do trabalho na vida de F., essa terapeuta afirmou: *“Acho que o trabalho estava presente, mesmo a fala delirante sempre dizia do trabalho... e na saúde era bem nítido o papel de estabilização, do lugar que ele se colocava no mundo. Se colocava no mundo, através desse fazer dele, do trabalho.”* Quanto às falas delirantes, a que ela se referiu, eram aquelas em que F. dizia ter sido perseguido pelo regime militar pelo seu trabalho com artes e seu *“projeto do carro a álcool”*, além de sua visão sobre a montadora de veículos em que trabalhou. No prontuário do CAPS havia o registro de um relato de F., em crise, afirmando que *“80% da energia produzida na (montadora de veículos) é feita de energia humana, fósil humano, 'pessoas mortas, trituradas para reproduzir humanos'.”*

¹⁰³ Mesmo não estando mais trabalhando no SUS, essa profissional nos deu uma entrevista.

Para a terapeuta ocupacional, o trabalho artístico de F. era uma possibilidade de tratamento:

Eu percebia que a forma, talvez, dele enfrentar aquela crise era ele tentando se organizar pelo trabalho. Era uma função muito importante, até para ele não se colocar no lugar daquele que não dava conta. Era uma angústia para ele ser aquele que não vai sustentar a família, não conseguir ser o provedor. A função do trabalho era muito importante (Terapeuta Ocupacional do CAPS).

Conforme anteriormente relatado, durante os atendimentos no CAPS, F. teve espaço para elaborar muitas questões relacionadas ao seu trabalho e, ainda, de atuar como artista e oficinairo. Durante o primeiro mês de sua estada nessa unidade, houve uma anotação da terapeuta ocupacional sobre a visão dele a respeito do seu trabalho de escultor: *“ato de esculpir: conseguir felicidade com as próprias mãos: tentativa de conseguir equilíbrio: dissolução das correntes que nos aprisionam: pesquisa aventurada da vida: nascer e morrer.”* Num outro atendimento, F. apresentou, à terapeuta, a ideia de expor seus trabalhos artísticos em um centro de saúde, pois estes seriam *“uma forma de cura, possibilita janelas para energização dos doentes”*. A análise dele sobre o papel da arte também foi registrada: *“acredito na arte que visa o homem para frente, aprimoramento do homem, não gosto de nada que estabelece muro, não gosto do emparedado (referência a não querer ver exposição do Niemeyer no Museu da Pampulha).”* A terapeuta, ainda, registrou os momentos em que F. apresentou seu receio de perder a licença de exposição na feira hippie, pelo fato de estar sem condições de ir regularmente a este espaço, e, a desestruturação financeira que estava vivendo, devido à crise que atravessava. Ela observou, nessa ocasião, o *“sentimento (de F.) de impotência diante da limitação financeira e perda da autonomia”*. Com o decorrer do tratamento, a terapeuta registrou os sinais de melhora apresentados por F., ao relatar a retomada de sua produção e a exposição na feira hippie: *“Fez várias pinturas e conta que conseguiu ir à feira domingo, ‘uma ótima notícia’.”*

No vídeo que a psicóloga do CAPS realizou, sobre o trabalho de F., a terapeuta ocupacional foi nomeada, por ele, para fazer sua apresentação. Nesta, ela evidenciou o reconhecimento que tinha pelo trabalho que ele vinha desenvolvendo na unidade:

O espaço terapêutico construído e sustentado por F., dentro do CAPS, é um espaço de expressão, transformação e desenvolvimento do potencial criativo. Este artista se coloca em um lugar de facilitador e potencializador das ações dos participantes, valorizando a singularidade, o reconhecimento da diversidade e a integração do grupo. Percebo o cuidado e o respeito dirigidos a cada participante da oficina conduzida por F., através da liberdade e autonomia criativa estimuladas por ele. Um espaço onde a capacidade e sensibilidade desse artista atuam lado a lado e onde F. assume o papel de articulador consistente e criativo, cuidando sempre para que a compartimentalização e reducionismo deem lugar a um espaço de possibilidades, inclusão, reflexão e cidadania (Terapeuta Ocupacional do CAPS).

Sobre o diagnóstico de F., a terapeuta afirmou que o mais próximo seria o de esquizofrenia paranoide, mas ressaltou: *“A pessoa é dinâmica e o diagnóstico é estático. Naquele tempo era*

o mais próximo. Hoje seria mais difícil... Eu colocaria, sim, a esquizofrenia paranoide, mas, é sempre uma hipótese, me preocupa ser taxativo”.

Questionada sobre sua percepção acerca da relação entre o trabalho e a saúde mental em outros casos, a terapeuta afirmou não ser possível fazer generalizações, *“no caso dele era nítido, mas, em outros não era”*. Perguntada, ainda, sobre a relação entre o trabalho e o adoecimento mental, ressaltou que a forma como cada sujeito lida com seu trabalho pode ser adoecedora, ressaltando que *“a de F. não era”*.

Por fim, questionamos se a formação como terapeuta ocupacional teria contribuído para essa aposta no trabalho de F. como um suporte terapêutico, ao que ela afirmou: *“A T.O. tem um olhar para a atividade. A gente acredita no fazer, que tem uma função importante na qualidade de vida da pessoa. A gente tem um olhar diferente.”*

Para o psicólogo que atendeu F., por cerca de, 6 anos numa UBS, ele sempre foi *“muito inteligente, informado, participativo e assíduo”*, tendo pautado, recorrentemente, o trabalho, como artista e oficinairo e, também, seu *‘trabalho psíquico’*, nos atendimentos. Este psicólogo baseava-se no conceito de psicose, segundo a psicanálise, para compreender e conduzir esse caso.

Questionado sobre o lugar do trabalho na vida de F., este profissional reconheceu que suas obras artísticas o ajudavam a se organizar interna e socialmente, afirmando: *“o trabalho está ligado à sobrevivência dele, psíquica e real. Ele sempre sustentou a família com o trabalho. Começou a trabalhar muito novo. Sempre teve o trabalho como importante. Já realizou trabalhos muitos legais... Por muito tempo a família dele sobreviveu com a arte dele.”* O psicólogo relatou, ainda, o orgulho de F. ao falar sobre o estudo das filhas e da sua *“luta”* para manter-se como artista e conseguir sustentar sua família. Ele lembrou, também, que nos atendimentos, F. sempre falou sobre seus métodos de ensino, suas ideias para o grupo e as técnicas que criou para desenvolver seu trabalho artístico:

Ele tem métodos, tem uma seriedade ao ensinar as técnicas. Ele propõe e realiza atividades. Tem um certo manejo com outros usuários do grupo, de cuidado... Existem artistas que aprendem uma técnica e através dela eles se expressam. Mas, o F., as técnicas que ele desenvolveu são próprias e está sempre impregnado dessa exigência de algo singular (Psicólogo da UBS).

No entanto, para esse psicólogo, eram as exigências do *‘trabalho psíquico’* de F. que chamavam sua atenção. Segundo sua avaliação, F. apresentava uma tendência de interpretar tudo como um trabalho: *“a oficina é um trabalho, o tratamento é um trabalho, a relação com a família é um trabalho, uma tarefa dele. Ele atribui a consequência na vida do outro a algo que ele fez ou deixou de fazer. Essa questão do trabalho impregna a vida dele como um todo”*.

Sobre o trabalho na oficina/grupo de usuários, o psicólogo afirmou que F. tinha “*hipóteses sobre o atendimento em oficinas na crise*” e que estas eram vistas, por ele, como uma “*contribuição para a ciência, um trabalho autoral dele*”. Sobre o tratamento como ‘trabalho’, explicou que F. fazia experimentos sobre o melhor horário pra tomar os medicamentos, de modo a não impedir que ele pudesse trabalhar, bem como o tipo de alimentação mais adequada para diminuir os efeitos colaterais dos remédios e o melhor horário para dormir. Ainda, sobre o ‘trabalho’ de F. com sua família, o psicólogo defendeu que o usuário se incumbia de ser o mediador nos conflitos, responsabilizando-se pela harmonia entre os familiares, mesmo mantendo-se a certa distância deles. Essa tarefa, segundo o psicólogo, teria a função, para F., de evitar novas internações psiquiátricas, um de seus maiores receios.

Indagado sobre a diferença entre o ‘trabalho psíquico’ e a atividade artística concreta de F., esse psicólogo afirmou que, em muitos momentos, não observava essa diferença no usuário:

As coisas estão confundidas. É claro que para fazer seu ofício é preciso se livrar um pouco disso. Mas, sempre vai acontecer aquele momento de dar um sentido no que ele fez. Então, o trabalho psíquico retoma a cena. Produziu uma obra, mas qual o significado disso? Como essa obra vai fazer laço social? Começa esse trabalho de negociações, como eu vou divulgar, e, aí começa. São várias negociações, desde o cara que faz a fundição, a divulgação na internet, com quem vai trocar experiências, a crítica da arte (Psicólogo da UBS).

Mas, a principal negociação que F. fazia, para esse psicólogo, seria interna: “*é preciso negociar porque ele teme ser internado novamente. O trabalho psíquico invade, mesmo na criação... Ele precisa estar sempre negociando com todo mundo o lugar dele. Essa negociação é interna. De dar uma interpretação para as coisas*”. A interpretação de F. de que suas internações psiquiátricas foram uma punição política, em função do trabalho que realizou, faria com que ele estivesse sempre negociando, internamente, o quê seu trabalho poderia causar socialmente e em sua família:

... é sempre negociado, sempre pesa sobre ele uma ameaça sobre a obra dele. Como se o que ele produzisse despertasse algo no outro, que ele não gosta, de se apropriarem da obra dele, não só enquanto objeto, mas do efeito que ele acha que esta obra causa socialmente (Psicólogo da UBS).

Nessa perspectiva, F. se preocuparia em, além de produzir a obra, fornecer o sentido correto dela. O que seria, segundo o psicólogo, uma invasão do seu ‘trabalho psíquico’ sobre essa produção. Ele explicou:

O artista sempre se perde um pouco. Você escreve um livro. Depois não é mais você que dá o sentido. Cada um dará um sentido. O F. faz a obra e a interpretação. Ele se preocupa que a obra carregue esta interpretação. Ele não tem esse desprendimento. ‘Não vai pensar outra coisa’... É muito serviço que ele arranja, muita ocupação. É como se pairasse uma ameaça muito devastadora pra vida dele, (como se ele) estivesse em risco... O problema é sempre esse excesso que se produz, um trabalho a mais que se produz, que se impõe. Poderia ser mais econômico, se fosse mais racional... (Psicólogo da UBS).

Sendo assim, para esse psicólogo, a dificuldade de F. de retomar seu processo criativo, e, não apenas revisitar as obras anteriormente realizadas, não adviria dos possíveis efeitos colaterais dos medicamentos que ingeria, conforme o próprio queixou-se várias vezes, mas, de um bloqueio causado por seu ‘trabalho psíquico’:

O risco do psicótico é de se perder em sua obra, de não voltar mais. Era esse o bloqueio que ele não declama. Ele declama coisas externas: medicamentos, família, o contrato dele na feira, uma série de acontecimentos que traduziam essa impossibilidade. Em certo momento ele deixou de fazer lastro com sua obra. A obra dele é cheia de discursos. Há um momento nessa produção que, ainda, não existe este discurso, não fosse possível colocar palavras. Há uma produção na arte que ultrapassa o sujeito, um meio para algo que se realiza e isso é muito angustiante (Psicólogo da UBS).

Para este psicólogo, haveria uma diferença entre o trabalho de F. e sua pessoa, sendo que ele fugiria de suas questões pessoais, colocando o trabalho como mediador de suas relações:

Você percebe esse processo, parece que ele se perde na sua obra. Ele deixa que o trabalho tome conta. Parece que, para ele, é mais fácil negociar a partir da sua obra do que com algo mais pessoal, naquilo que ele, de certa forma, desaparece. Vamos falar do meu projeto, da minha escultura, para não falar de si (Psicólogo da UBS).

Ainda sobre as queixas de F. quanto à dosagem dos medicamentos, o psicólogo ressaltou que no início do tratamento, o psiquiatra tentou diminuir um pouco a medicação. No entanto, F. ficou agitado e começou a trabalhar de madrugada. Portanto, tendo acertada uma dosagem que o mantinha estável, o psiquiatra não aceitou mais alterá-la, ainda que F. tenha, recorrentemente, reclamado disso a ele e ao psicólogo. Para este, o argumento de F., de que estaria envelhecendo e não teria mais os mesmos impulsos da juventude, seria contrabalanceado pelo fato de, o mesmo processo de envelhecimento fazer seu metabolismo ficar mais lento, lentificando também os efeitos dos remédios. Para o psicólogo, o foco no seu atendimento seria a necessidade de F. reivindicar essa questão, não a dele, necessariamente, negociar com o psiquiatra essa possível redução dos remédios. Ele ressaltou a importância de manter um distanciamento para entender de onde viria essa demanda:

Eu mantenho uma distância em relação a isso. A questão objetiva da quantidade da medicação não é o foco do atendimento e, sim, essa necessidade do F. de reivindicar isso, essa implicação dele com o tratamento. Ele tem se mantido estável (Psicólogo da UBS).

Esse psicólogo chamou a atenção, ainda, para a recorrente preocupação, que ele percebia em F., em ser considerado louco e ser novamente internado compulsoriamente: “É um paciente que sempre evidencia quão dramático é você ser internado. Como é difícil você ser considerado louco. Não ser considerado alguém capaz de falar de igual pra igual com os outros. Ele grita isso o tempo todo”.

Sobre as muitas ideias que F. defendeu, inclusive, de ter sido um dos criadores da feira hippie, o psicólogo afirmou:

A interpretação dele é delirante. Não quer dizer que não aconteceu, mas a interpretação dele é outra. Não tem possibilidade de ser reduzida a uma objetividade. É uma interpretação radicalmente subjetiva. Isso é a radicalidade da loucura, pra esse lugar ela nos leva (Psicólogo da UBS).

Também discutimos sobre o desejo de F. de não querer ficar anônimo na pesquisa. O psicólogo considerou provável que este desejo pudesse vir de uma possível interpretação dele da pesquisa como *“um canal para a hipótese que ele tem para a ciência – oficinas de crise em saúde mental.”*

Sobre a perspectiva do tratamento de F., esse psicólogo relatou que, recentemente, ele havia feito um perfil no facebook e começado a divulgar sua obra, conversando com outros artistas, por este canal. Este fato teria movimentado, de alguma forma, a questão da retomada do seu processo de criação. A preocupação do psicólogo, na condução do caso, seria com o cansaço que percebia nele, pelo excesso de tarefas que ele se impunha, havendo a necessidade da produção de um *‘evento psíquico’* que localizasse melhor sua construção delirante:

Eu ainda acho que o F. assume uma tarefa maior do que ele é capaz, em termos de trabalho psíquico. Ele gasta muita energia nisso, uma energia preciosa. Se ele pudesse relaxar um pouco, no sentido de produzir algum evento psíquico que localizasse melhor a questão delirante, lhe permitisse gastar menos energia, essa preocupação de ser invadido, de ser considerado louco, de ficar incapaz, uma série de coisas, de não ter a função que ele acha que tem... Sinto que está muito cansado, por ele achar que precisa dar conta de muita coisa e se colocar uma rotina pesada (Psicólogo da UBS).

A outra profissional entrevistada foi a psicóloga da UBS, com quem F. coordenava o grupo de usuários e familiares. Conforme relatado anteriormente, essa psicóloga conheceu F. no CAPS, em 2007, quando ele passou a participar da oficina de criação artística, que ela coordenava nessa unidade. Essa psicóloga, que também tinha formação e atuação como atriz, relatou ter interesse pela *“função terapêutica da criação, mesmo a não artística.”* Sobre a oficina terapêutica do CAPS e a participação de F., ela afirmou:

A criação provoca uma inquietação. A gente precisa encontrar destino para nossas criações, não ficar uma criação isolada. A própria criação delirante não deixa de ser uma recriação da realidade. E dentro da oficina, ele começou a se apresentar como alguém com a função de oficinairo. Muito participativo, se prontificando a executar algumas atividades e conduzindo o grupo. Oficinairo em artes plásticas, mas, ele também gosta de atuar, de pensar o texto do teatro. Não lembro direito, mas, paralelo ele se oferece, ao CAPS, como oficinairo, em agradecimento ao tratamento recebido. É a história dele. Ele já trabalhou na FEBEM... É essa a lógica que traz ele para o grupo na UBS. A oferta do trabalho dele. Não só do trabalho dele, que está vinculado a crença dele, ao pensamento dele da função social da arte, que ele tem de depoimento da reforma psiquiátrica. É tudo junto, amalgamado (Psicóloga da UBS).

Sobre o período em que F. estava no CAPS, essa psicóloga lembrou-se dele apresentar *“um pensamento persecutório de cunho político, um delírio bem organizado, político.”* Ela relatou, também, que havia tensões entre ele e irmãos, sendo que estes não o compreendiam como artista. Para ela, o tratamento construído no CAPS focou *“nessa necessidade do F. de se restabelecer, se estabilizar, pelo trabalho”*.

Segundo essa psicóloga, o trabalho seria um meio para o desenvolvimento da reabilitação psicossocial, um dos objetivos do tratamento com os usuários dos serviços de saúde mental:

O trabalho como saída do sofrimento, fazer outros laços. E no caso do F., tem a pulsão criativa e de transmitir seu saber. Ele tem metodologias para ensinar as técnicas. É organizado. Ele tem essa necessidade. Ele quer propagar. Não quer ficar sozinho no atelier dele (Psicóloga da UBS).

Essa psicóloga, também, percebia que o trabalho que realizavam juntos na UBS, tinha, para F., a função de “*amparo*”, embora ainda não fosse reconhecido oficialmente como *oficineiro*:

*Ele oferece esse trabalho vinculado à proposta de grupo terapêutico. Para ele, o trabalho que faz não é sozinho, pois, segundo ele, não é terapeuta. Mas, é um trabalho conjunto com um terapeuta e eu sou a terapeuta. Ele demonstra que, para ele, aquele é um trabalho e chegou a mencionar essa demanda de reconhecimento como um posto de trabalho... Estou atenta, não deixo de perder de vista que o F. deseja ser reconhecido como *oficineiro*, com uma restituição financeira... Ele vê o grupo como um *amparo*. A gente faz passeios... Ele está atento ao valor do grupo na vida dele (Psicóloga da UBS).*

Ela relatou também como uma visita que fizeram ao Museu Inhotim, em Brumadinho (MG), teve um impacto terapêutico em F. Isto porque um casal de turistas do norte do país pediu para acompanhá-los em todo o percurso que realizaram. Para F., essa situação foi marcante, pois refletiria uma mudança de olhar da sociedade para quem tinha “*sofrimento mental*”. Se antes, eram excluídos da convivência social, agora, ele percebia um desejo de aproximação, atribuindo essa proximidade, principalmente, por ser “*o grupo unido e acolhedor*”. Observamos que, de fato, F. ficou sensibilizado com este passeio, tanto que o pautou no seu atendimento individual com o psicólogo, que o acompanhava, ressaltando essa mudança de perspectiva social.

A psicóloga chamou atenção, ainda, para a visão que F. tinha a respeito do seu ofício no grupo e a sua defesa de que as tarefas a serem desenvolvidas, nesse espaço, não fossem livres, mas, baseadas em técnicas: “*Para ele, tem que ter um aperfeiçoamento técnico, para que um dia possa fazer uso dessa técnica. E, dentro desse aperfeiçoamento técnico, o paciente está se tratando, se aprimorando como pessoa*”. Ela, também, relatou-nos o manejo que F. tinha com os demais participantes, sendo cuidadoso com os que já tiveram episódios de crise no grupo. Observou, ainda, que vários participantes procuravam o grupo no momento da crise, sendo uma questão, para ela, dos motivos de fazerem isso:

Tem um que pediu para ficar cuidando do jardim. Outro limpava as mesas. Ele falava ‘eu ficando aqui minha cabeça melhora’. Eu tenho essa pergunta. Fiz para um professor psiquiatra e ele disse que a crise não tem lugar. Mas, mesmo assim, na crise eles ficam errantes e aqui eles vão para o lugar da oficina. É uma pergunta (Psicóloga da UBS).

Sobre as perspectivas do trabalho com o grupo, ela compartilhava o pensamento e o sonho de F. de “*investir no grupo como uma incubadora, uma cooperativa de trabalho*”, reconhecendo que esse sonho tinha um papel importante na vida e nos laços sociais de F.: “*o*

laço que F. faz é com este sonho de fazer uma cooperativa. Desde o CAPS, ele fala de um grupo autônomo que se sustente pelo trabalho, que sustente ideias.” Ela reconhecia, ainda, que os participantes do grupo possuíam uma demanda de transformar o grupo em um espaço de trabalho, com remuneração pelos produtos/serviços, apesar de serem, em sua maioria, aposentados pelo INSS ou receberem o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Ela relatou que muitos eram habilidosos, nas áreas de pintura, desenho e marcenaria e embora fossem aposentados, ainda tinham força produtiva, apesar de não serem adequados para o mercado competitivo. Ela observou também que eles já tinham autonomia para organizarem ações, o que viabilizaria uma cooperativa, que seria a primeira, desse tipo no município.

A psicóloga relatou ademais a “*necessidade de F. de evidenciar o trabalho e não a periculosidade do louco*”, ressaltando sua preocupação em ter ações para combater o preconceito social sobre os ‘*portadores de sofrimento mental*’. Ele expôs também para nós seu incômodo ao ver notícias sobre crimes, relacionando-os a possível loucura dos criminosos, mas, não haver espaço para a divulgação dos trabalhos que os “*loucos*” faziam. Por este motivo, a psicóloga propôs que realizassem um vídeo sobre o trabalho do grupo na UBS. F. negociou com cada participante o uso da sua imagem no vídeo, destacando a importância de divulgarem seu trabalho. Até a finalização da coleta para essa pesquisa, o vídeo estava em produção.

Quanto à remuneração de F., a psicóloga relatou que o SUS, ainda, não reconhecia essa categoria profissional e que sempre que era possível, ela fazia algumas trocas com ele, doando materiais não utilizados na oficina. Apesar das dificuldades, ela ressaltou o seu reconhecimento dessa questão: “*eu escuto essa demanda e presto atenção... Eu vejo ele como um colega oficinairo.*”

Sobre o estado de saúde de F., essa psicóloga percebia que, em alguns momentos, ele se fragilizava, apresentando alguma atividade delirante mais intensa, afirmando: “*Não tem como extirpar o pensamento. A gente cuida para que aquilo não seja invasivo, não tome a vida. Uma parte da vida, sim. Acho que é uma demanda para falar. Ele tem um discernimento.*” Ela reconhecia que os medicamentos tinham um efeito de conter a pessoa, “*contém até a produção*”, mas, ressaltou que F. ainda tinha “*uma produção delirante, com algum sofrimento*”. Portanto, para ela, era necessário ter cautela na questão de uma redução da medicação, concordando, todavia, que era fundamental que ele fosse avaliado, regularmente, por um psiquiatra. Por este motivo, ela conseguiu que ele fosse consultado pelo psiquiatra da UBS, onde desenvolvem o grupo, mesmo ele não residindo naquela área de abrangência.

Esses foram os três profissionais que conseguimos entrevistar para compreender a trajetória de F. no SUS. Os psiquiatras do CAPS, do período em que F. esteve em tratamento, não estavam mais na rede e não conseguimos entrar em contato com eles. O psiquiatra da UBS, que o atendeu por quase 14 anos, estava de licença médica, sem previsão de retorno. Quanto ao clínico e à psicóloga, com quem relatou estar em atendimento no ano de 2016, não entrevistamos porque já havíamos encerrado a fase da coleta, não sendo possível estender essa etapa, devido o prazo para finalizar esta dissertação.

Cumprе, ainda, registrar o depoimento de outra psicóloga da UBS, onde F. trabalhava como oficinheiro. Mesmo não o tendo atendido, ela o conhecia desde o CAPS, onde também havia trabalhado e o observava, principalmente, pelas discussões nas reuniões que realizavam. Durante a discussão coletiva do caso, ela chamou atenção para o fato de o trabalho ter tratado o sintoma de F., tendo sido importante os profissionais de saúde o reconhecerem como trabalhador:

O trabalho faz este contorno. Tira ele, organiza. Ele transita nos dois registros e é necessário que isso aconteça. O trabalho tratou o sintoma. Ele fez um recorte e ele transita nos dois registros... A dicotomia não existe, de ser paciente ou colaborador (Psicóloga da UBS2).

5.3 Redes de Atenção à Saúde do SUS

5.3.1 Na perspectiva do usuário

F. enfatizou, em diversos momentos, a importância que teve o tratamento recebido no SUS na sua trajetória de vida, principalmente, pela crença dos profissionais no seu trabalho: “*Os profissionais do CAPS e do centro de saúde sempre acreditaram no meu trabalho e nunca falaram em me aposentar. Isso eu nunca quis.*”

Sobre o CAPS, o lugar onde afirmou ter construído seus “*sonhos*”, também foi apontado, por ele, como o lugar onde havia reconhecido sua necessidade de tratamento e que este poderia ser feito de uma maneira ‘*positiva*’, usando seu próprio trabalho:

Só no CAPS consegui fortalecer-me, para trabalhar positivamente esta dinâmica, e, principalmente, combatê-la, mantendo o equilíbrio e o alongamento da fase num plano ameno. No CAPS a gente estabeleceu uma rede nova, um trabalho que modificou. Com a oficina minha e o teatro da (psicóloga) envolvemos o CAPS inteiro...

F. indicou, ainda, as diferenças que ele percebia entre os sistemas privado e público, destacando que o SUS focava mais no atendimento extra-hospitalar e na reabilitação para o trabalho:

O SUS é mais ativo para a reabilitação para o trabalho. No privado eles falam: 'Descansa. Fica relaxado com a família'. No setor público há uma mentalidade da pessoa voltar a ser produtiva. É mais ágil nisso. Tem muita gente que ajudou a tirar as pessoas do hospital. Eles botaram para frente. Tem essa vantagem.

No registro do seu prontuário na UBS, havia também o apontamento que ele fez de “*que o paciente tem mais chance de recuperação no SUS, do que na rede privada, que se sujeita aos pedidos de internações da família, com maior facilidade.*”

No entanto, F. reconheceu que nos serviços privados, os médicos discutiam mais a medicação com o paciente, o que não acontecia, na sua visão, no SUS: “*No privado, você aprende o que está tomando de remédio, o que pode causar, ao longo do tempo. No SUS, falta explicação dos remédios.*”

Ainda sobre essa questão, ele destacou a importância do paciente ser ouvido e a sensação de “*invasão*”, que acometeria o “*paciente*” por desconhecer o que está ingerindo de medicamento:

O paciente deve ser ouvido, deve ser explicado para ele. Quem mais se informa, melhor trabalha. Os médicos que mais informam são melhores, pois, o corpo é do paciente e quando ele não sabe o medicamento que tá tomando e seus efeitos, ele é invadido.

Conforme anteriormente relatado, F. criticava muito a não revisão de seus medicamentos, ao longo de 6 anos de tratamento. Ele relatou que, desde sua estada no CAPS, ingeria os mesmos medicamentos, na mesma dosagem, pelo menos, até o início de 2016, quando iniciou o acompanhamento com um clínico. Na sua percepção, esses remédios eram necessários para sua saúde mental, mas também atrapalhavam sua vida, em especial, a vivência de sua sexualidade e o progresso de seu trabalho criativo nas artes plásticas. Ressaltamos que a defesa que ele fez da revisão regular dos medicamentos que utilizava, estava associada a realização de exames periódicos da condição de sua saúde geral: “*Tem que saber que preço de saúde a gente está pagando. Necessidade de fazer um checkup para ver como está*”.

F. criticou, ainda, a falta de alguns remédios na farmácia das unidades de saúde, em especial, nos finais de ano: “*Complicado. Não pode ficar sem medicamento porque pode mudar o comportamento, até por abstinência...*”

F., também, não deixou de se posicionar sobre a mudança dos servidores do CAPS em 2009. Segundo ele, todos os profissionais teriam sido transferidos, ou mesmo, pedido exoneração, pelo fato, da “*prefeitura*” não acreditar no modo como realizavam o trabalho,

referindo-se, principalmente às oficinas terapêuticas: *“E a prefeitura tirou as terapeutas todas de lá...”*

Outro tema sobre o qual F. apontou suas críticas foi o atendimento psiquiátrico. Ele relatou que ao longo desses anos, em atendimentos nos sistemas público e privado, sentiu-se uma *“cobaia”*, devido aos diferentes diagnósticos que recebeu e os diversos medicamentos que utilizou: *“O psiquiatra não enxerga a mesma doença que o outro enxergou... Já tive transtorno bipolar e, agora, esquizofrenia paranoide. Já fiz uma salada no organismo com esses medicamentos. A gente fica mais como cobaia.”* Para exemplificar essa situação, ele comentou que uma vez mostrou o mesmo exame de sangue a dois psiquiatras diferentes. Um receitou-lhe lítio, o outro não: *“Como a gente se localiza? Dá para entender? E se eu procurar outro psiquiatra, ele vai me dar outra gama de remédios!”*

Na visão de F., deveria ser ele próprio a conduzir seu tratamento, sendo o psiquiatra um *“médico auxiliar”*, mas não era isso que acontecia, pois, na sua percepção, muitos psiquiatras propunham tratamentos, segundo sua *“religião e filosofia de vida”*, determinando *“o que a gente pode ou não fazer”*. Para ele, os médicos, geralmente, se sentem *“desafiados se você faz perguntas para ele”*, não se preocupando em explicar o tratamento proposto aos *“pacientes”*. Haveria, ainda, nos atendimentos médicos *“exercícios de futurologia, eles querem adivinhar que a pessoa vai ter uma crise”*. F. questionava a meta de estabilidade, que o tratamento psiquiátrico previa, ao argumentar que *“o ser humano é feito de altos e baixos...”*, não sendo, portanto, razoável manter essa pretensa estabilidade o tempo todo. Também se preocupava com a formação dos psiquiatras, principalmente dos que teriam se formado na época da ditadura militar: *“A ditadura militar acabou, mas os psiquiatras que se formaram naquele período ainda estão atuando atualmente. Será que eles passaram por uma reforma? Eu acho que não...”* Como forma de lidar com essas questões, ele propôs que todos *“pacientes”* tivessem conhecimento dos seus direitos, fazendo referência a *“Declaração dos direitos das pessoas portadoras de deficiências”*, segundo resolução da ONU.

Sobre o trabalho, segundo F., os médicos não consideravam essa questão, nem para avaliar o impacto dos medicamentos na sua realização, nem como tema a ser elaborado: *“Os médicos não consideram o trabalho para medicar... Eu acho que para ele o que eu faço já está bom. Se eu discordar dele, ele pode aumentar a medicação ou me internar.”*

Mesmo apontando essas críticas ao atendimento psiquiátrico, no geral, F. reconheceu os pontos positivos desse tipo de acompanhamento, que teve na UBS: *“Ficar 14 anos com o mesmo médico é muito bom. O dr. A. é um médico muito duro, rigoroso. Mas, ele tem uma*

qualidade rara. Ele se preocupa com o paciente”. Para F., o problema desse atendimento era a inflexibilidade do psiquiatra de rever sua medicação: *“A gente conversa, mas a receita já está pronta.”*

Para encerrar suas críticas, em relação aos atendimentos psiquiátricos no SUS, F. relatou a falta desse profissional na rede, principalmente nas UBS e do *“acordo feito para psiquiatra trabalhar um dia por semana no CAPS e receber o mesmo (salário)”*.

Por fim, F. fez duas sugestões para o atendimento dos *“portadores de sofrimento mental”*. A exigência de formarem grupos, nos moldes de oficina de trabalho, até mesmo com aqueles que se aposentassem, por invalidez e a necessidade de um controle rigoroso das medicações. Sobre as oficinas, ele afirmou:

Por que não pensar que os que estão aposentados podem participar das oficinas, sem medo de perder a aposentadoria? É uma falta de direito ele não continuar evoluindo. Os tratamentos para a saúde, a oficina é um tratamento. É necessário ter atividades para diminuir o sofrimento mental. A aposentadoria não acaba com o sofrimento mental. A oficina diminui o sofrimento mental. Na oficina ele tem a chance de voltar a sonhar, a fazer as coisas. Às vezes, alguns falam: ‘Não vou fazer. Se eles me virem fazendo, vão cortar minha aposentadoria.’ Inverteu o eixo! Para aposentar deveria ser obrigado estar nas oficinas. Assim, eles não teriam medo de perder a aposentadoria. É um direito do paciente e um dever do Estado fazer isso. A pessoa ia se reabilitar, de fato, não só com a aposentadoria, mas, com a oficina.

Sobre o controle dos medicamentos, ele defendeu, que além de não ser permitido que os médicos fornecessem remédios para a família, havendo uma sobreposição de tratamentos, como ocorreu consigo, deveriam ser realizados *“exames de acompanhamento e vigilância para ver se os pacientes estão tomando direito”*.

Finalizando, F. expôs sua crença no sistema público, ao afirmar: *“O SUS funciona. A saúde pública mental tem muito para percorrer. Tem muito gente boa... O olhar do paciente é diferente dos profissionais. A gente tem noção do quanto é um avanço.”*

5.3.2 Na perspectiva dos profissionais

A terapeuta ocupacional, que foi referência de F. no CAPS, informou-nos que ficou 10 anos nesse centro, fazendo parte, juntamente com os psicólogos, também entrevistados para esta pesquisa, da equipe que fundou essa unidade. Segundo ela, todos os técnicos realizavam o acolhimento, o primeiro atendimento do usuário, ficando esse técnico como referência para o usuário e sua família. O técnico de referência em conjunto com um psiquiatra elaboravam um projeto terapêutico para cada caso. Neste projeto constavam as hipóteses diagnósticas, os

objetivos do tratamento, a necessidade e o período da permanência em PD, os medicamentos prescritos, as oficinas a serem desenvolvidas e os encaminhamentos necessários. Semanalmente, toda a equipe toda se reunia para a discussão clínica dos casos mais difíceis, e, às vezes, conseguia realizar alguns estudos teóricos, para embasar essa discussão.

Observamos que essa profissional utilizava a visita domiciliar como um importante instrumento de trabalho. Sobre isso, ela disse que a visita à casa de F. foi um meio de conseguir trazê-lo para o tratamento, tendo ela o visitado na sua casa/atelier e na feira, onde expunha seus trabalhos, mais de uma vez. Ela reconheceu o efeito terapêutico dessas visitas, dizendo que: *“ele se sentiu respeitado como artista.”*

Outro ponto destacado, por ela, foi a desvinculação lenta de F. do CAPS, tendo a equipe dessa unidade se responsabilizado, longitudinalmente, pelo seu tratamento, em respeito ao vínculo estabelecido pelo usuário com os profissionais dessa unidade: *“a desvinculação foi lenta. Mesmo quando estava na UBS ele visitava a gente no CAPS”*.

Ainda sobre o processo de contrarreferência, a terapeuta afirmou que o técnico de referência do CAPS discutia o caso com a referência do usuário na equipe de saúde mental da UBS, ressaltando: *“A gente já deixava agendado com o psiquiatra da UBS, para ele não ficar perdido.”*

Quanto aos critérios para realizar a contrarreferência, afirmou: *“Ele estava bem. Tinha algumas dificuldades com a esposa. Tinha uma ideação de grandeza, mas, já vivia bem com isso. É prolixo. Nem tudo que sonha conseguia organizar na vida. Já estava indo à feira.”*

Sobre o papel do CAPS no tratamento de F, ela reconheceu o marco que essa unidade representou na vida dele: *“Foi importante. Pelo relato dele, as internações compulsórias foram violentas. Foi um lugar que ele encontrou mais humanizado. Foi mais suave a passagem na crise. Ele acreditou, aderiu o lugar de que tinha um sofrimento mental e precisava de tratamento.”*

Acerca das dificuldades que teve para realizar o atendimento de F., ela relatou: *“No início sim, porque ele não se vinculava, ele não queria estar ali, se sentia agredido. Ele era muito prolixo. Eram atendimentos demorados. Ele demandava muito a presença. Sugava. Mas, era muito interessante. Depois foi difícil ele sair”*.

Para o psicólogo que atendeu F. na UBS, ele era *“bem aderido e propositivo quanto ao tratamento”*, não havendo dificuldades no seu atendimento. Ele relatou que tinha reuniões semanais para a discussão/construção dos casos com a equipe de saúde mental da sua unidade e de outras duas UBS, referenciadas à sua, para o atendimento psiquiátrico.

Este psicólogo, também, reconhecia a importância do tratamento ofertado no CAPS na trajetória de F.:

Ele deu muita sorte de ter sido acolhido no CAPS, em uma perspectiva de trabalho que não colocava essa relação tradicional de médico-paciente. Era um CAPS que se incumbia de fazer oficinas e nesse lugar ele se encontrou, o vinculou àquela equipe. Ele é ativo, um defensor da reforma e um crítico, também, inclusive dessa psiquiatria, mais de dopar (Psicólogo da UBS).

Sobre o atendimento psiquiátrico nas UBS, o psicólogo ressaltou o fato de nesse município ter este atendimento se desenvolvido, na perspectiva ambulatorial, sendo o ambulatório preenchido “com muitos pacientes queixosos”, não, necessariamente, com os casos mais graves. Segundo ele: “Por mais que o modelo tenha mudado, ainda tem muito caráter ambulatorial... E o psicótico não se queixa de nada. Quem conversa com Deus, vai procurar médico para conversar?”

Ele ainda mencionou a dificuldade de compor as equipes com psiquiatras, tanto na APS, quanto nos CAPS, e como isso estaria prejudicando a própria reforma psiquiátrica:

O momento que se vive é que tem poucos psiquiatras na atenção básica. Uma raridade. Mal se tem no CAPS. Este foi um estrangulamento da reforma, a formação dos profissionais... Sempre é possível privatizar os recursos do SUS, quase não existe concurso público para médico, médicos com três contratos, precários. O psiquiatra vai alguns dias só. Não temos a quantidade mínima de profissionais necessários para fazer o tratamento. Isso acaba estrangulando a própria reforma (Psicólogo da UBS).

Por outro lado, a ausência desse profissional especializado faria, segundo a avaliação desse psicólogo, com que os outros profissionais tivessem de aprender a atender os casos mais graves. Também haveria a possibilidade de haver “uma relação mais orgânica com a universidade”, para a realização de residências e formações para os profissionais do SUS.

Outra questão que o psicólogo apontou foi para “a medicalização do mal estar”, ressaltando o quanto médicos e usuários acabavam focando nos medicamentos o tratamento para as questões que, também, são de ordem social e subjetiva, tendo repercussões sobre o trabalho psicoterapêutico:

E hoje o próprio usuário pode ir na internet e descobrir qual remédio quer tomar. Qualquer médico medica. Chorou, não está dormindo, toma remédio. Não podemos ficar no lugar de assistente da medicalização, se não perdemos os outros sentidos disso. Tem uma escolha do paciente também. Ele pode não suportar a dor e você faz o quê? Proibir ele de tomar analgésico? (Psicólogo da UBS).

Destacamos, ainda, o relato deste psicólogo sobre a importância dos profissionais de saúde estarem abertos às “surpresas” dos casos, não se atendo, estritamente, a protocolos de atendimento, mas, estando atentos à relação que estabelecem com os usuários:

O SUS tem uma questão de querer educar o uso. A saúde mental subverte isso. O serviço de saúde é de porta aberta e permeado dessas surpresas. É necessário você se surpreender com o paciente. Não é do protocolo que vem as surpresas. Se você não está aberto, você pode passar 30 anos sem perceber isso. Essa dimensão você pode aprender muito com a demanda. Passa pela relação, não pelo protocolo (Psicólogo da UBS).

Quanto à psicóloga da UBS, sobre as questões da rede de atendimento relatou como em alguns momentos as pressões dos gestores podem interferir na qualidade do serviço prestado. Um exemplo disso ocorreu no seu processo de saída do CAPS, unidade que ajudou a criar e onde trabalhou, por 9 anos. Segundo ela, houve uma “*pressão*” da gestão municipal para que o centro aumentasse sua área de abrangência, passando de 400 mil habitantes para 600 mil, ressaltando que isso representava “*uma contradição com os projetos terapêuticos.*” Por este motivo, a maior parte da equipe original acabou pedindo transferência para outras unidades.

Esta psicóloga, afirmou também contar com um espaço semanal para a discussão de casos com a equipe de saúde mental da UBS. No entanto, o psiquiatra da unidade não participava desse momento, tampouco a equipe clínica – médicos e equipe de enfermagem.

Sobre o acompanhamento psicoterapêutico de F., ela se preocupava em discutir com o psicólogo que o acompanhava, quando percebia nele algum sintoma delirante mais intenso. No entanto, relatou sentir falta do psicólogo dar mais retorno a ela, sobre o andamento do caso no ambulatório. Mas, afirmou respeitar a forma dele de conduzir o caso.

Com a ida de F. para a UBS mais próxima de sua residência, essa psicóloga esperava que os acompanhamentos clínico e psicológico pudessem ser mais compartilhados. Isto porque discutimos que era uma queixa de F. a falta de um acompanhamento mais geral à sua saúde e a necessidade de articulação entre os tratamentos.

A respeito da proposta de reabilitação social, pelo trabalho, que ela vem tentando desenvolver, junto com F., na UBS, ela expressou sua inquietação com a ausência dessa questão nos serviços de SM, que teriam focado mais, ao longo desses anos de reforma psiquiátrica, no tratamento extra-hospitalar, para a estabilização dos casos: “*O paciente entra e sai da crise com a questão do trabalho. Fiz crise. Fui pro CAPS. Tratei. Estabilizei. Até chegar na próxima crise, que muitas vezes, é movida pela questão do trabalho, do laço social.*”

Para ilustrar a dificuldade, em especial, da gestão municipal em tratar a questão da reabilitação psicossocial como parte indissociável do tratamento, ela relatou ter tido dificuldades de acessar os recursos financeiros que havia ganhado para utilizar no grupo com esse objetivo. Ela havia ganhado dois concursos, um de uma empresa local no valor de 10 mil reais, em 2013, e outro do ministério da saúde, no valor de 30 mil reais, em 2014. Segundo ela, esse dinheiro estaria no fundo municipal de saúde e, apesar de seus esforços com a gestão municipal, até outubro de 2015, quando realizamos a discussão conjunta dos resultados

parciais da pesquisa, ela não tinha informações para operacionalizar o plano de trabalho necessário para gastar esse dinheiro.

Essa psicóloga, também, demandava *“uma ponte com a universidade”* para conseguir aprimoramento técnico de como formar uma cooperativa. Ela ainda relatou ter feito contato com algumas ONGs para articular com empresas, possíveis empregos, para os usuários que não eram aposentados e que gostariam de trabalhar formalmente. Em uma reunião do grupo, uma dessas ONGs, que intermedeiam mão de obra para colocação em vagas na empresa, segundo a Lei de Cotas¹⁰⁴, foi apresentar seu trabalho e cadastrar interessados. Essa psicóloga, também, considerava possível que *“no caso a caso, se converse com as empresas envolvidas”*, havendo necessidade de um trabalho de *“sensibilização das empresas, de como são os pacientes.”*

Questionada se o CEREST poderia ser um parceiro nessas ações de reabilitação social, voltada para o trabalho, a psicóloga afirmou: *“Eu não entendo o CEREST. Desculpa, eu não entendo, no meu cotidiano...”* Ela relatou ter visto uma apresentação da equipe dessa unidade sobre trabalho infantil, mas, ter ficado sem entender qual sua proposta de intervenção: *“Eles fazem um desenho, um diagnóstico e aí o que fazem?”*

Discutimos este caso com a equipe do CEREST e questionamos o que ela poderia oferecer para a equipe de SM da UBS, no sentido da reabilitação que a psicóloga estava propondo: formação de cooperativas, intermediação de mão de obra, segundo a lei das cotas e trabalho de sensibilização/educativo com as empresas para receber os trabalhadores que adoeceram, além da orientação profissional, acrescentado pela pesquisadora. A assistente social presente afirmou: *“Não sei o quê o CEREST poderia oferecer para eles”*. A gerente da unidade abriu a possibilidade de escutar a demanda: *“Talvez a gente possa marcar um dia para escutá-los e ver o que poderíamos fazer”*. O técnico de segurança lembrou do SEBRAE, como um possível parceiro. Para a assistente social e a enfermeira dessa unidade, a assistência acabava tomando a maior parte do tempo deles. afirmou, a assistente social: *“A gente poderia ter mais tempo para estudar outras formas de atuação. Mas, o tempo é tomado pela assistência.”*

¹⁰⁴ A conhecida Lei de Cotas refere-se ao artigo 93 da Lei nº 8.213/1991 que obriga empresa com 100 ou mais funcionários a preencher seus quadros com de dois a cinco por cento de pessoas com deficiências habilitadas ou de reabilitados pelo INSS (Brasil, 1991). Com a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência nº 13.146/2015 pessoa com deficiência passou a ser considerada “aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial”, devendo a avaliação da deficiência considerar “os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo; os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais; a limitação no desempenho de atividades e a restrição de participação” (Brasil, 2015).

5.4 Discussão do caso

*“Sim, todo amor é sagrado
E o fruto do trabalho
É mais que sagrado, meu amor...”*

*-Beto Guedes e Ronaldo Bastos
(Amor de índio)*

5.4.1 Relação Trabalho e Saúde Mental

As reflexões de Clot (2007) em torno da função psicológica do trabalho trazem contribuições importantes para entendermos a relação de F. com seu trabalho. Para este autor, o trabalho não é apenas uma atividade entre outras, mas, possui na vida dos sujeitos uma função psicológica específica. Ele define o humano como “uma espécie que fabrica seu mundo” (p.76), sendo o trabalho o meio para realizar essa tarefa. Na sua perspectiva, com a qual concordamos, o trabalho, para além de suas funções sociais evidentes, exerce também uma função psíquica, constituindo-se como “a capacidade de estabelecer engajamentos” (p.72). O trabalho é entendido, portanto, como “atividade material e simbólica sobre o mundo exterior, constitutivo da sociedade”, e, ainda, “do mesmo modo constitutivo da vida subjetiva” (p.94).

Citando Henry Walon, Clot (2007) defendeu a existência de uma “lei de reciprocidade” que o trabalho imporia a cada sujeito que, ao contribuir por meio “dos serviços particulares” para a existência de todos, estaria assegurando a sua própria (p.75). Isto porque mais do que executar tarefas, o sujeito se engajaria em “um processo árduo e complexo” de transformação das atividades em “suas”, “em trabalho para si” (p.86). Segundo o autor, “graças à atividade de regulação efetuada pelos trabalhadores, a tarefa efetiva nunca é a tarefa prescrita e os esforços de personalização são sempre, de todo modo, uma antecipação de transformações sociais possíveis” (p.61).

Com isso, ressaltamos a importância da compreensão da indissociabilidade entre o sujeito e seu meio, sendo ele sempre a síntese das suas relações sociais. Não se trataria de conceber essas relações como um “molde” social, como já alertou Le Guillant (2006), posto que no processo de personalização, tornar-se-ia possível, pela ação dos sujeitos, a inauguração de novos olhares e gestos sobre o mundo. Clot (2007) apontou que nesse movimento

constitutivo, os sujeitos têm a possibilidade de ampliar seu poder de agir sobre o mundo, antecipando as transformações maiores. Dessa forma, o processo de desenvolvimento pessoal e social é sempre dialético, conforme ressaltou o autor.

O trabalho constituir-se-ia, portanto, simultaneamente, em uma atividade coletiva, em que os sujeitos contribuem para a vida social e em um procedimento psíquico, mediante o qual os sujeitos se inscrevem no mundo, garantindo suas existências. Para Clot (2007):

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 (objetos, instituições, histórias, territórios, técnicas, linguagens); não sem fazê-lo correr o risco de participar das piores alienações, mas dando-lhe também a ocasião – a aproveitar – de desfazer-se delas (p. 75).

O trabalho, assim entendido, como meio de realização da vida e, mesmo, de sua invenção, ofereceria a possibilidade aos sujeitos “de fazer algo de sua própria vida, de ser sujeito de sua história” (Clot, 2007, p.73). Ao realizá-lo são requeridas capacidades, até então desconhecidas, além de permitir a cada um “estabelecer e manter engajamentos”, compartilhando responsabilidades e prevendo “com outros e para outros, algo que não tem diretamente vínculo consigo” (Clot, 2007, p.73).

Para o autor, o trabalho propicia um quadro favorável ao desenvolvimento humano e social. Para além da possibilidade de assegurar uma existência não supérflua, as atividades de trabalho, por serem impessoais, “forçadas”, exigiriam esforço, disciplina e concentração, convocando a iniciativa dos sujeitos. A atividade “convida o sujeito a agir, mesmo contra sua vontade” (Clot, 2007, p.123). A impessoalidade existente no trabalho, pela existência de regras e de um processo de causalidades, isto é, a exigência da compreensão de que para atingir os objetivos, o sujeito deve reconhecer o objeto sobre o qual trabalha, as matérias primas e os instrumentos necessários, o forçaria a “sair de si”, deixando, por algum momento, suas “pré-ocupações” pessoais e se engajando nas “ocupações” sociais que deve realizar. Esse movimento contribuiria para o desenvolvimento desse sujeito, que não se volta apenas para si mesmo, mas, tem a possibilidade de engajar-se em atividades e relações estabelecidas por essas. Como escreveu Clot (2007):

O trabalho só preenche sua função psicológica para o sujeito se lhe permite entrar num mundo social cujas regras sejam tais que ele possa ater-se a elas. Sem lei comum para dar-lhe um corpo vivo, o trabalho deixa cada um de nós diante de si mesmo (p.18).

Assim, o trabalho teria três acepções. A primeira seria a da personalidade, isto é, a possibilidade de construir sentido para a existência singular. A segunda, a impessoalidade, por ser uma “atividade forçada, disciplinada pelas leis da matéria e dos homens” (p.96), que garantiria a constância da função social do trabalho. E, ainda, como terceiro sentido, teríamos

as três direções da atividade: para o objeto de trabalho, para o próprio sujeito da ação e para os outros, destinatários da ação. Assim, cada sujeito trabalhador apropriar-se-ia dos objetos e das atividades, transformando-os em atos próprios e atribuindo-lhes valores.

Reflexões semelhantes sobre a importância do trabalho para a subjetividade foram compartilhadas por Lima (2003). Esta autora, baseando-se em Marx e nos filósofos que discutiram sua obra, como G. Lukács e J. Chasin, definiu o trabalho como a transformação do meio para a satisfação das necessidades humanas. Essa autora ressalta que nada do que é útil ao humano está pronto na natureza, tampouco no meio social, fazendo-se necessário que o ser humano modifique, constantemente, seu meio para alcançar seus objetivos. Nesse processo de transformação, o próprio ser humano se modifica. Assim, o trabalho é entendido como a categoria fundante do ser social e do próprio processo de humanização. Para essa autora, por ter essas características, o trabalho contribui, significativamente, nos processos de construção da identidade, de integração social e de realização pessoal dos sujeitos. Por outro lado, ela apontou como a falta da possibilidade de trabalhar geraria a vivência de sofrimento, de sentimentos de vazio existencial e de inutilidade advindos do empobrecimento sócio-afetivo e agravados pela sensação de não pertencimento ao meio social.

Sabemos, no entanto, que não é apenas a ausência de trabalho que geraria sofrimento nas pessoas, uma vez que o exercício de certas atividades profissionais pode também ser fonte de grandes dificuldades. Como escreveu Clot (2007), o trabalho possibilita “assegurar ou não a sobrevivência de cada membro da espécie, mesmo ao preço das mais graves desilusões” (p.90). Os outros três casos escolhidos para esta pesquisa evidenciaram esse preço. Cumpre, aqui, no caso F., compreendermos os motivos pelos quais sua atividade de trabalho foi terapêutica para ele. Os dados coletados demonstraram como essas atividades foram (e continuavam a ser) fonte de seu desenvolvimento pessoal. Acreditamos, ainda, que ao oferecer seu trabalho ao SUS, F. vem contribuindo para o progresso do próprio sistema público, pois, tem criado, com a psicóloga da UBS, uma forma inovadora de atendimento às questões de saúde mental trazidas pelos usuários, acrescentando novas indagações para o avanço da reforma psiquiátrica.

Acerca do desenvolvimento dos sujeitos e do seu meio, Clot (2007) baseando-se em Vigotski, definiu este como o objeto da psicologia, tendo o trabalho um papel crucial para promovê-lo. Sendo assim, o autor propôs que as atividades de trabalho fossem analisadas, como forma de compreender os conflitos, sua história e empecilhos que estas impõem aos sujeitos. Ele lembrou-nos que “em psicologia, os conflitos são as alavancas vitais do

desenvolvimento” (p.13) estando nos conflitos reais, vivenciados pelos sujeitos, “a fonte de seu desenvolvimento possível” (p.117), sendo este uma questão de “escolha e liberdade” (p.119) para cada um.

Tal concepção sobre a importância do trabalho nos parece estar demonstrada na história de F., quando este afirmou, em vários momentos, que o trabalho o ajudava a fugir do sofrimento, sendo também uma maneira de construir outras possibilidades de relações sociais e de “*mundo*”. Ele defendeu, em diversos momentos, a necessidade da sociedade convocar os “*portadores de sofrimento mental*” a mostrarem sua utilidade, defendendo que eles tinham “*o direito a ter o dever de trabalhar*” e que a inclusão social desses se faria, de fato, a partir do momento em que eles pudessem desenvolver “*trabalhos de qualidade e úteis a sociedade*”. Em vários momentos, ele reclamou da falta dessa possibilidade de inscrição social aos chamados ‘*loucos*’, pela dificuldade destes de conseguirem espaço para se desenvolverem, por meio do aperfeiçoamento técnico que as atividades de trabalho exigem, e, conseqüentemente pela falta de reconhecimento pela obra realizada. O projeto compartilhado com a psicóloga da UBS de criação de uma cooperativa seria sua forma de contribuir para uma possível inscrição social mais estável para essas pessoas, e para ele mesmo, a partir do trabalho que produziriam. F. evidenciou em sua biografia como o fato de ser reconhecido como trabalhador e poder oferecer o seu trabalho ao SUS foi (e continuava a ser) um meio de garantir sua saúde mental. Ele também demonstrou que não seria qualquer atividade de trabalho que asseguraria essa inscrição e os desenvolvimentos almejados. A autonomia sobre o processo de produção, os intercâmbios sociais (de técnicas, de valores, etc.), o respeito aos conhecimentos e ritmos singulares e o aperfeiçoamento constante – seriam características necessárias para o avanço do trabalho que realizavam no grupo. Como neste grupo e na própria trajetória de F. as atividades artísticas foram, especialmente, marcantes, interrogamo-nos, acerca, de alguma especificidade que estas trariam ao desenvolvimento humano. Para essa discussão, apresentaremos as contribuições de Vigotski (1999).

Este autor, considerado o pai da psicologia sócio-histórica, defendeu que, muito mais do que expressão e comunicação, as artes seriam meios de desenvolvimento das emoções humanas. Vigotski (1999) apontou como as emoções eram tratadas pela psicologia, de sua época, apenas pela sua vertente fisiológica, como um dado da natureza, ou, poderíamos dizer, como o animal no humano. Para ele, mesmo inseridos em processos biológicos, os sentimentos, também se produziram e se desenvolveriam a partir das relações humanas,

sendo a arte “uma espécie de sentimento social prolongado ou uma técnica de sentimentos” (p.308). Ele escreveu:

A peculiaridade essencialíssima do homem, diferentemente do animal, consiste em que ele introduz e separa do seu corpo tanto o dispositivo da técnica quanto o dispositivo do conhecimento científico, que se tornam instrumentos da sociedade. De igual maneira, a arte é a técnica social do sentimento, um instrumento da sociedade através do qual incorpora ao ciclo da vida social os aspectos mais íntimos do nosso ser. Seria mais correto dizer que o sentimento não se torna social, mas, ao contrário, torna-se pessoal, quando cada um de nós vivencia uma obra de arte (p.315).

Vigotski (1999) compreendia o ser humano como indissociável de seu meio social e propôs o entendimento da arte como “o social em nós” (p. 315). Ele destacou ainda que esse social existiria mesmo onde houvesse “apenas um homem e as suas emoções pessoais”, pois o conteúdo presente nos sentimentos desse homem e, mesmo, a forma de vivenciá-los são construídos por meio de suas relações sociais. Para o autor, a arte é um instrumento social que possibilita objetivar as emoções, materializando-as em objetos artísticos – “a refundição das emoções fora de nós realiza-se por força de um sentimento social que foi objetivado, levado para fora de nós, materializado e fixado nos objetos externos da arte, que se tornaram instrumento da sociedade” (p.315). Assim, a arte era vista por ele como uma técnica social para estimular os afetos, desenvolvendo-os.

Por meio das suas mais variadas formas, a produção artística promoveria, tanto no artista, quanto nos seus receptores, não apenas a comunicação das emoções, mas seu desenvolvimento, por ensejar no processo de construção/ recepção uma transformação, uma superação do sentimento comum:

O milagre da arte lembra antes outro milagre do Evangelho – a transformação da água em vinho, e a verdadeira natureza da arte sempre implica algo que transforma, que supera o sentimento comum, e aquele mesmo medo, aquela mesma dor, aquela mesma inquietação, quando suscitadas pela arte, implicam o algo a mais daquela que nelas está contido (p.307).

Sendo assim, o artista teria como ponto de partida determinados sentimentos vitais, mas, realizaria sua elaboração por meio da arte. Estes sentimentos não seriam representados nas obras em função de si mesmos, “mas como impulso para sua superação” (Vigotski, 1999, p. 300). Nesse sentido, a arte prepararia o organismo para a ação, por possibilitar essa elaboração e novos olhares para as possibilidades imanentes aos objetos e ao próprio humano. Segundo Vigotski (1999), “A arte recolhe da vida o seu material, mas produz acima desse material algo que ainda não está nas propriedades desse material” (p.308), sendo também um meio para superar “certo aspecto do nosso psiquismo que não encontra vazão na nossa vida cotidiana” (p.308).

As atividades artísticas são, portanto, entendidas, por esse autor, como ferramentas úteis na luta pela existência, uma tecnologia social que possibilitaria algumas saídas para os conflitos

intersubjetivos. Vigotski (1999) apontou, ainda, que o nosso organismo perceberia mais estímulos do que teria capacidade para realizá-los. Assim, a “parte da vida realizada” suporia a existência de outra, maior, contida em nós, que deveria encontrar alguma vazão – “E eis que a arte é, parece ser, o veículo adequado para atingir esse equilíbrio explosivo com o meio nos pontos críticos do nosso comportamento” (p.312).

Ao criar, obedecendo às leis da estética, o artista organizaria conteúdos sociais, propondo soluções para conflitos, elaborando aspirações e dando vazão a tensões, ao mesmo tempo, subjetivas e sociais. Para Vigotski (1999),

...a arte, deste modo, surge inicialmente como o mais forte instrumento na luta pela existência, e não se pode admitir nem a ideia de que seu papel se reduza a comunicar sentimentos e que ela não implique nenhum poder sobre esse sentimento (p.310).

...a arte é a mais importante concentração de todos os processos biológicos e sociais do indivíduo na sociedade, que é um meio de equilibrar o homem com o mundo nos momentos mais críticos e responsáveis da vida (p.328 e 329).

Para este autor, o domínio técnico e a maestria necessária no processo de criação artística, seriam aliados desse trabalho de superação do sentimento comum, tanto para o artista quanto para os destinatários da obra, sendo

...necessário ainda o ato criador de superação desse sentimento, da sua solução, da vitória sobre ele, e só então esse ato aparece, só então a arte se realiza. Eis porque a percepção da arte também exige criação, porque para essa percepção não basta simplesmente vivenciar com sinceridade o sentimento que dominou o autor, não basta entender da estrutura da própria obra: é necessário ainda superar criativamente o seu próprio sentimento, encontrar a sua catarse, e só então o efeito da arte se manifestará em sua plenitude (Vigotski, 1999, p.314).

Sobre o efeito catártico produzido pela obra de arte, Vigotski (1999) elaborou um conceito, no qual propôs que para além de uma descarga energética, estaria incluída nesse processo, a transformação dos sentimentos opostos, presentes na arte, em possibilidades de soluções. Ele escreveu: “A reação estética se reduz à catarse, experimentamos uma complexa descarga de sentimentos, a sua transformação mútua, e em vez de emoções angustiantes suscitadas pelo conteúdo da narrativa temos diante de nós a sensação elevada e clarificadora de leve alento” (p. 271).

Citando Guyeau, Vigotski (1999) expôs que a arte “procura nos mostrar mais fenômenos vitais do que houve na vida que vivemos” (p.315), pronunciando “a palavra que estávamos buscando” (p.316). Poderíamos compreendê-la, ainda, como uma possibilidade de criar para si um “mundo às avessas”, como as crianças fariam em seus jogos para, assim, afirmarem-se “com mais segurança nas leis que regem o mundo real” (p.328). A arte, também, ajudaria-nos a organizar nossos comportamentos visando ao futuro, “uma orientação para o futuro, uma exigência que talvez nunca venha a concretizar-se, mas que nos leva a aspirar acima de nossa

vida o que está por trás dela” (p.320). Isto porque na arte estariam presentes formas de ampliar as possibilidades do viver.

Entretanto, todas essas operações não seriam realizadas, sem custo ao sujeito. Vigotski (1999) apontou que a arte não seria “regida pela lei do menor esforço”, ou seja, por uma economia de energia. Ao contrário, ela consistiria “num dispêndio tempestuoso e explosivo de forças, num dispêndio de psique, numa descarga de energia” (p.314). Segundo Clot (2010), para Vigotski a energia inconsciente seria policêntrica e seus conflitos não teriam origem apenas na infância conforme enfatizado pela teoria psicanalítica. Sendo assim, a arte não deriva de um “inconsciente já dado”, mas é uma forma de recriá-lo, organizando seu “devir”, “um exercício para nossas emoções” (p.65). Com essa concepção, Vigotski, segundo Clot (2010), se contrapôs a análise de Freud sobre a relação entre a arte e o inconsciente:

Diferentemente de Freud, que transforma a arte em uma tela em que se projetam os conflitos infantis e uma sublimação pacificadora desses conflitos, Vigotski não considera a arte como um produto derivado do inconsciente em que este viesse a descarregar-se. Ele o vê, ao contrário, como o produtor de outros conflitos inconscientes que desenvolvem os primeiros. Para ele, a arte não libera a energia psíquica inconsciente para o alto em direção aos valores superiores da cultura, mas a encaminha para baixo no trabalho real dos afetos (p.65).

Isso nos leva a pensar, ainda, nas redes de apoio necessárias para o suporte aos artistas, que têm nas próprias emoções o objeto de seu trabalho, vivenciando diversos dilemas para fazer avançar sua proposta criativa, internamente e no campo interrelacional.

Ainda sobre o fazer artístico, outro psicólogo, Dewey (2010), trouxe importantes contribuições, ao enfatizar a experiência humana como o fundamento da arte. Para ele, a arte seria um dispositivo para experimentar novos mundos, constituindo-se como uma forma de construção de conhecimentos e aprimoramento da percepção. Na invenção artística de novos modos de viver não haveria espaço para muros, preconceitos e injustiças. Assim, a função da arte seria “eliminar o preconceito, retirar os antolhos que impedem os olhos de ver, rasgar os véus decorrentes do hábito e do costume, aprimorar a capacidade de perceber” (p.548). Constituir-se-ia, ainda, num “mundo cheio de abismos e muralhas” como um meio, talvez o único, de “comunicação completa e desobstruída entre os homens” (p.213).

Segundo Dewey (2010), a arte apresentaria ao mundo experiências novas, provocando a aceitação da vida com suas “incertezas”, seus “mistérios”, suas “dúvidas” e seus “semiconhecimentos” (p.108). Ao realizar essas experimentações, o artista partiria do que foi compreendido para apresentar o assombro, aquilo que precisa ser elaborado, forjando seu próprio desenvolvimento e contribuindo com a ampliação da percepção dos receptores da obra. Nas palavras do autor:

...assim como é função da arte ser unificadora, romper as distinções convencionais dos elementos subjacentes comuns do mundo vivenciado, ao mesmo tempo desenvolvendo a individualidade como a maneira de ver e expressar esses elementos, também, é sua função, na pessoa individual, compor diferenças, eliminar isolamentos e conflitos entre os elementos de nosso ser, utilizar as oposições entre eles para construir uma personalidade mais rica (p. 433).

Outro ponto salientado por Dewey (2010) foi a característica da arte de “ser um todo e de pertencer ao todo maior e abrangente que é o universo que vivemos” (p.351). Assim, apresentando esse universo, as obras de arte levariam seus receptores a um lugar para além de si mesmos, provocando autoconhecimento:

Somos como que apresentados a um mundo além desse mundo, o qual, não obstante, é a realidade mais profunda do mundo que vivemos em nossas experiências comuns. Pela arte somos levados para além de nós mesmos, a fim de encontrarmos a nós mesmos (p.351).

Enfim, com as contribuições de Vigotski (1999) e Dewey (2010) buscamos aprofundar aquilo que F. nos trouxe sobre o seu fazer artístico. Ressaltamos que embora seja a arte uma atividade promotora de desenvolvimentos, reconhecemos que ela o foi para F., por ser uma atividade, especialmente, enraizada em sua trajetória de vida, e, também, por ele ter encontrado condições (internas e externas) para realizar seu trabalho. Ainda que sua produção criativa estivesse em crise nos últimos anos, observamos que sua atuação como oficinairo do grupo de usuários de saúde mental da UBS mantinha-se em franco desenvolvimento, tendo ele nos apresentado suas teorizações sobre essa atividade e a importância desse espaço para si e os participantes do grupo. Encontramos várias ressonâncias entre o que F. nos disse e as formulações de Tosquelles (2009) sobre a ergoterapia, ou seja, o uso do trabalho como um recurso terapêutico. Por este motivo, apresentaremos algumas contribuições desse autor para essa discussão.

Tosquelles, psiquiatra catalão, radicado na França, ficou mais conhecido por seus estudos sobre psicoterapia institucional, ao propor “cuidar” do hospital psiquiátrico, a fim de cuidar melhor dos pacientes. Embora não estejamos de acordo com a concepção da manutenção dos usuários com transtornos mentais em instituições específicas, acreditamos que os estudos desse psiquiatra podem contribuir para o entendimento do potencial das atividades de trabalho como meio de promoção de saúde e, mesmo, de tratamento dos transtornos mentais.

Para Tosquelles (2009), a análise das atividades de trabalho, nas quais os pacientes estão inseridos, constitui-se em um recurso, particularmente, rico de informações clínicas sobre eles e, também, como meio de entrar em contato com o modo de estabelecimento das suas relações interpessoais. Segundo Delion (2009), os recursos essenciais do pensamento de Tosquelles eram a articulação necessária entre corpo e psiquismo, que seria feita, “levando-se em conta,

concretamente, o romance da vida cotidiana, para compreender o conteúdo da vida psíquica” (p.15)¹⁰⁵. Nesse romance, entrariam todo percurso de vida do paciente e, ainda, o cotidiano vivenciado diariamente, incluindo suas atividades de trabalho. Estas atividades, se tivessem sentido e valor para os sujeitos, poderiam servir de suporte para o desenvolvimento almejado em um tratamento de saúde mental. Segundo Tosquelles (2009), os profissionais de saúde deveriam despertar o interesse dos pacientes por alguma atividade, o que pressuporia que “conhecessem não somente o diagnóstico da doença, mas sobretudo, a história do doente, o inventário de seus gostos e seus interesses e de como ele os construiu” (p.114)¹⁰⁶.

Uma importante contribuição desse autor foi a elaboração da relação entre atividade e saúde mental. Segundo Tosquelles (2009), atividade e humanização seriam sinônimos e a possibilidade de ser eficiente no cuidado com os doentes mentais seria a de colocá-los em atividade. O que estaria em jogo nos problemas psíquicos, vivenciados pelas pessoas, seria exatamente sua atividade humana, ou seja, sua capacidade de transformar o meio em que vivem, e, assim, transformarem a si mesmas. A doença mental, para o autor, é entendida como um fracasso nesse processo de humanização, pelo empobrecimento das atividades e das relações sociais dos enfermos. Por este motivo, ele propôs que “a possibilidade de eficiência no trabalho de cuidado ou terapêutico será em relação direta, com a quantidade de iniciativa e atividade própria que o doente puder fazer” (p. 46 e 47)¹⁰⁷. Para ele, a psiquiatria deveria ser “a mais ativa possível” (p.25)¹⁰⁸, não se reduzindo a uma visão do humano como organismo animal. Sobre o foco e o objetivo dessa ciência/profissão, ele escreveu:

A psiquiatria visa os problemas e as impossibilidades biológicas, na medida em que eles são, às vezes, responsáveis pelas falhas e regressões do processo de humanização do homem. Sendo assim, o objetivo da psiquiatria é, em todos os casos, a facilitação do processo de humanização, ocasionalmente, fracassado nos doentes, sejam quais forem os fatores causadores” (p.38 e 39).¹⁰⁹

¹⁰⁵ No original: “la nécessaire reprise em compte concrète du roman de la vie quotidienne pour reprendre corps dans la vie psychique.”

¹⁰⁶ No original: “connaissent non seulement le diagnostic de la maladie, mais surtout l’histoire du malade, l’inventaire de ses goûts et de ses intérêts, et comment il les a construits...”

¹⁰⁷ No original: “la possibilite d’efficience soignante d’une activité ou d’un travail thérapeutique sera em relation directe, tout d’abord avec la quantité d’initiative et d’activité propre que le malade pourra y faire jouer.”

¹⁰⁸ No original: “faire une psychiatrie non pas active mais la plus active (possible).”

¹⁰⁹ No original: “La psychiatrie vise les troubles et les impossibilités biologiques dans la mesure où eles sont parfois responsables des échecs et des régressions du processus d’humanisation de l’homme. Toutefois, l’objectif de la psychiatrie reste dans tous les cas celui de la facilitation du processus d’humanisation occasionnellement en échec chez “nos” malades, quels que soient les facteurs causax.”

Ressaltamos que, segundo Tosquelles (2009), atividade não é qualquer ocupação para passar o tempo ou distrair, ou mesmo, para ganhar a vida, nem a simples realização de movimentos. A atividade é entendida, por ele, como possuidora de um estatuto psicológico próprio, não apenas como um objeto de interpretação, mas, como um instrumento clínico preciso, que ele nomeou de “atividade própria”:

Atividade própria: pessoal e personalizante, aquela que nasce e se enraíza em cada um” (p.25)¹¹⁰.

Atividade não quer dizer qualquer movimento, nem movimento adaptado. Atividade quer dizer atividade própria: atividade que parte e se enraíza no sujeito ativo por se desenvolver, se for o caso, no contexto social (p.47)¹¹¹.

Para esse autor, os doentes mentais seriam responsáveis pela condução de suas vidas, o que só poderia ser evidenciado, colocando-os em atividade. A proposta de sua clínica, como tão bem escreveu Clot (2009), estava endereçada sobre o que estaria vivo nos sujeitos, não nos seus sintomas. Seria uma clínica ativa, não um inventário de sinais de doença. Uma clínica “contra a propensão do doente de colocar seu contexto de vida a serviço da doença”, cujo objeto seria, exatamente, “a atividade confiscada pela doença” (p.152)¹¹².

Tosquelles (2009) também chamou a atenção para o aspecto interrelacional presente nos conflitos da vida psíquica, destacando como as relações interpessoais podem alimentar a energia conflitiva ou oferecer possibilidades de resolução desses conflitos. Nesse sentido, sua proposta era a de colocar os doentes mentais em atividade e em grupo. Assim, eles poderiam experimentar outras relações com os outros e consigo mesmos, ao realizarem atividades, com as quais pudessem se vincular. Ele desenvolveu etapas para o desenvolvimento desses grupos, com reflexões sobre o número e a necessidade de mesclar os perfis dos participantes em cada oficina de trabalho, além do tipo de atividade mais adequada para desenvolver a ação de determinados doentes mentais. Para ele, as atividades propostas aos pacientes deveriam ser fundamentadas tecnicamente, com conhecimento tanto sobre o paciente, quanto do nível de interação social que ele seria capaz de se engajar. Os profissionais de saúde também deveriam avaliar as necessidades de cada paciente, bem como o do papel das ferramentas a serem empregadas, o nível progressivo de complicação, as modificações necessárias nos moldes de oficina de trabalho, a estruturação do tempo das atividades, dentre outras questões. Ele

¹¹⁰ No original: “activité propre: personnelle et personnalisante, celle qui prend source et s’enracine chez chacun.”

¹¹¹ No original: “Activité ne veut pas dire mouvement quelconque ni mouvement adapte. Activité veu dire activité propre: activité que part et s’enracine dans le sujet actif pour s’épanouir le cas échéant, dans um contexte social.”

¹¹² No original: “contre le propension chez le malade à mettre son contexte de vie au servisse de la maladie (...) L’objet de cette clinique, c’est donc l’activité confisquée par la maladie...”

estudou diversos autores como P. Sivadon, Dunton, Haas, H.Simon e Keechlin para elaborar as fases desse trabalho com os pacientes, o tipo de atividade, o uso de ferramentas e técnicas e, ainda, os meios para conseguir sua adesão e a necessidade constante de ampliação e aperfeiçoamento das atividades para o desenvolvimento pessoal e grupal.

Sobre o processo de escolha das atividades, Tosquelles (2009) observou que os pacientes com sintomas depressivos se beneficiavam de atividades leves, de execução rápida, mas, com valores afetivos e úteis. Aos pacientes em estado de mania, ele indicava trabalhos que exigiam força e movimento, como meio de absorver e ordenar a energia maníaca. Para os pacientes com quadros agudos, eram oferecidos trabalhos simples e descontínuos, bem explicados e com poucas palavras, divididos em frações e sem intervenções bruscas e apressadas. Ele ressaltou a importância de respeitar a fadiga e permitir o descanso. Outra observação desse autor foi a respeito da necessidade de mesclar os grupos com jovens e idosos. Assim, as trocas entre gerações seriam ampliadas e os resultados do trabalho coletivo trariam benefícios para todos. Ele recomendava também aos profissionais de saúde que todas as atividades possibilitassem que “os doentes coloquem qualquer coisa de si no trabalho” (p.48)¹¹³. Esta seria uma condição fundante para o sucesso da proposta.

Para Tosquelles (2009) essas atividades de trabalho, mesmo realizadas dentro de uma instituição psiquiátrica deveriam ser remuneradas, devendo ser pautado clinicamente os papéis do dinheiro e das trocas/comercializações do que foi produzido. Na experiência relatada por ele, havia uma remuneração base, calculada por hora de trabalho e uma complementar, de acordo com o esforço dispendido pelo trabalhador. Como o modo de organização dessa produção era uma cooperativa, 50% do apurado eram para a manutenção da própria cooperativa (para os investimentos necessários) e os outros 50% destinados para o uso pessoal de cada trabalhador. Também havia um imposto de 10% sobre a soma total para financiar o clube existente. Este era gerido pelos próprios pacientes e oferecia atividades sociais, como jogos, excursões, etc. Todas essas intervenções tinham como objetivo reforçar o sentimento de responsabilidade e independência de cada paciente/trabalhador. Como tais, os profissionais de saúde deveriam estar atentos às condições psicossociais, econômicas e físicas das atividades profissionais, sendo as primeiras as que mais questões colocavam no processo de adaptação ou desadaptação dos pacientes no trabalho.

¹¹³ No original: “le malade mette quelque chose de soi dans le travail.”

Ressaltamos, ainda, que essas atividades eram acompanhadas por um processo psicoterápico, de acordo com a necessidade de cada caso. Tosquelles (2009) ressaltava que, em muitos momentos “a polifonia do discurso humano”, poderia se fazer “inaudível e confusa” (p.23)¹¹⁴, sendo necessário o trabalho cuidadoso do profissional de saúde para escutar os ruídos e os silêncios, ajudando os sujeitos a elaborar suas questões. Este trabalho partiria do respeito à iniciativa da palavra do sujeito e objetivaria, como apresentamos, levá-lo à ação promotora de seu desenvolvimento pessoal e social. Assim, escreveu Tosquelles (2009): “é preciso não esquecer que o caminho da terapia (e talvez seu objetivo) é de ajudar o doente a “reformular” sua demanda” (p.135)¹¹⁵. Isto é, nem todos os pacientes chegariam com o “desejo” de serem incluídos em atividades como essas. Ao ajudá-los a construir os sentidos do seu percurso biográfico, o trabalho dos profissionais de saúde seria o de promover a compreensão das suas necessidades de desenvolvimento nos vários campos do viver, contribuindo no processo de viabilizar os meios (intersubjetivos e sociais) para operacionalizar esse crescimento.

Tosquelles (2009) não deixava de ver os riscos envolvidos no trabalho. Ele afirmou: “Quem diz trabalho, diz ambivalência e cruzamentos, fendas, dicotomias, fragmentos..., do espaço, dos caminhos, do corpo e do coletivo, e por que não, evidentemente, hesitação e perigo, catástrofe mesmo, que luzes vermelhas, verdes e amarelas tentam prevenir” (p.23 e 24).¹¹⁶ Mas, como escreveu Clot (2009) sobre essa proposta, eram as “atividades próprias” de trabalho que poderiam promover o enraizamento e o pertencimento das pessoas no meio social e no seu tempo: “(A atividade) este ‘objeto-laço’ organiza e desorganiza o coletivo no calor da situação. Mas, de repente, é também a atividade que pode enraizar o sentimento de viver a mesma história” (p.160).¹¹⁷

Com essa discussão, ressaltamos a importância, tanto do trabalho realizado pelos profissionais do SUS na condução do caso F., quanto o que ele próprio tem feito no e para o

¹¹⁴ No original: “La polyphonie du discours humain, même si parfois ele se fait inaudible et confuse.”

¹¹⁵ No original: “Il ne faut pas oublier que le chemin de la thérapeutique (et peut-être son but) est d’aider le malade à “reformuler” as demande...”

¹¹⁶ No original: “Qui dit effet travail, dit ambivalence et carrefour, fente, dichotomie, coupure..., de l’espace, des chemins, voire du corps et du corps social, et pourquoi pas évidemment, hésitation et danger, catastrophe même, que des feux rouges, verts et oranges essayent de prévenir.”

¹¹⁷ No original: “Cet ‘objet-lien’ organise et désorganise le collectif sur le vif. Mais, du coup, c’est aussi là que peut s’enraciner le sentiment de vivre la même histoire”.

SUS. Em seu depoimento, encontramos a operacionalização das atividades de trabalho como um potente recurso produtor de saúde. Trabalho nomeado, certa vez, por F. como “*pesquisa aventurada da vida*” que, ao possibilitar criar outros mundos, lhe asseguraria nesse. Como anteriormente relatado, para F., a reforma psiquiátrica brasileira avançará, na medida em que promover a inclusão real dos “*portadores de sofrimento mental*”, o que será feito a partir da sua inserção no mundo do trabalho e do seu aperfeiçoamento constante e progressivo. Acreditamos que os autores que trouxemos para esse debate concordariam com ele, como nós também concordamos.

Para F., o trabalho como oficinairo era sua forma de contribuir para a construção de um “*mundo de amor*”, onde as diferenças entre as pessoas não fossem usadas como pretexto para fazê-las sofrer. Lembramos que ele também trouxe a questão do aspecto relacional existente no “*sofrimento mental*”, ao dizer que “*você sai do padrão e a sociedade quer um padrão. O que faz a pessoa ficar diferente é sua relação humana com o mundo*”. Sua aposta era de que, pelo trabalho, essas pessoas se diferenciavam e desenvolviam, contribuindo com seu meio social e sendo reconhecidas por isso, não pela doença ou pelo sofrimento, mas pelas competências adquiridas. Também seu trabalho como artista apresentava, claramente, sua visão transformadora do mundo. Assim, ele nos mostrou suas pinturas com cores e movimentos, que podiam ser penduradas de todos os lados (“*cada um vê de um jeito, fica do jeito que ele achar melhor*”), suas esculturas, resultados dos seus estudos sobre o equilíbrio e os seres híbridos, e, ainda, as que revelavam os horrores da guerra (“*a guerra nasce do preconceito, da discriminação, é a perda do controle*”) e, mesmo, as com motivos religiosos (“*esta questão do sofrimento não vale a pena não*”, falou ao mostrar, por exemplo, o Cristo de arame que fez), além dos muitos desenhos (“*devem ser uns 1.200*”) que, por um lado, denunciavam os horrores da tortura, praticada durante o regime militar e toda sorte de intolerância humana, e, por outro, evidenciavam a importância do reconhecimento dos vários tipos de padrões de beleza (“*minha pesquisa dos tipos brasileiros*”).

É certo de que nem tudo que ele nos relatou como trabalho, poderíamos definir como tal. Alguns projetos, como o de drenar águas, aqueles que teria desenvolvido com o governo americano, o do carro a álcool e o de geração de energia, a partir de algumas plantas (“*top secret*”), não trouxeram os elementos impessoais, como escreveu Clot (2007) que demonstrassem o respeito a “leis da matéria” necessário para operacionalizar o que estaria no plano ideativo; indicando serem produtos de uma atividade delirante. Ele mesmo relatou ainda possuir um “*sofrimento mental*”, sendo o seu trabalho, como artista e oficinairo, o meio que

encontrou para “*fugir*” dessa dor. Nesse sentido, a relação de F. com seu “*sofrimento mental*” (ou doença), remete às considerações de Canguilhem (2012) sobre o normal e o patológico. Para este autor, “o homem, mesmo sob o aspecto físico, não se limita a seu organismo. O homem, tendo prolongado seus órgãos por meio de instrumentos, considera seu corpo apenas como um meio de todos os meios de ação possíveis” (p.142). Sendo assim, a saúde seria entendida como a capacidade humana de ser normativo, portanto, criativo e ousado nas suas formulações do viver e não, apenas, defensivo e reativo aos eventos vivenciados – “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” (p.138).

Segundo Canguilhem (2012), viver enseja a possibilidade dos acidentes, posto que “o meio é infiel” (p.139), incerto e em constantes mudanças, sendo a saúde “uma margem de tolerância” a essas infidelidades (p.139), a capacidade de “poder cair doente e se recuperar”; (p.140) e o “conjunto de seguranças e seguros, seguranças no presente e seguros para prevenir o futuro” (p.140).

Outro fator importante a ser considerado, concerne ao aspecto relacional do processo saúde/doença. A capacidade de saúde das pessoas seria construída a partir das suas relações sociais: seus acessos, seus apoios, suas redes, suas possibilidades e seus entraves. Dessa forma, também a doença estaria vinculada às relações sociais estabelecidas pelos sujeitos. Canguilhem (2012) escreveu:

...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 (p.131).

Para Canguilhem (2012), “o doente é doente por só poder admitir uma norma” (p.129) e a doença seria entendida como uma “privação e reformulação”(p.130), ainda, que nesta reformulação não estivessem contidas a “generosidade criativa” e a “audácia” (p.131) necessárias para o enfrentamento das interpelações da vida ao sujeito. Ele afirmou:

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. O ser vivo doente está normalizado em condições bem definidas, e perdeu a capacidade normativa, a capacidade de instituir normas diferentes em condições diferentes (p.127).

A concepção canguilheana do processo de saúde/doença nos permite compreender os elementos constitutivos das respostas patológicas, ou seja, quais os conflitos intersubjetivos estariam inseridos nessa reformulação do sujeito. E ainda que alguns desses caminhos não tivessem retorno, como “a vida admite reparações” e novos caminhos (Canguilhem, 2012,

p.138), a aposta dos profissionais de saúde seria na saúde das pessoas, principalmente, quando estas estivessem adoecidas. Como escreveu Clot (2010), lembrando Vigotski “o homem está pleno, em cada minuto, de possibilidades não realizadas” (p.103). Cabem aos profissionais de saúde encontrar com os sujeitos adoecidos a forma de fazê-los recuperar sua capacidade normativa e criativa e, assim, desenvolverem sua relação consigo, com sua doença (no caso, em especial, das crônicas) e com seu meio.

Foi o que realizaram os profissionais que atenderam F e era também o que ele tentava com seus colegas durante as oficinas. Observamos que, ao longo de seu percurso no SUS (e fora dele), F. tem desenvolvido suas relações, inclusive, com seu “*sofrimento mental*”. A partir do atendimento do CAPS, ele compreendeu que tinha a necessidade de ser tratado e construiu, com os profissionais, um meio de tratamento que tem se mostrado eficaz, sobretudo nos últimos 6 anos. Nesse sentido, para continuar a crescer acreditamos que as questões que ele tem, insistentemente, colocado sobre seu trabalho, deveriam ser tratadas. O seu reconhecimento institucional como profissional do SUS e o tratamento da crise criativa deveriam ser pautados como operadores clínicos. Todavia, não concordamos com o psicólogo da UBS que atribuiu essa crise criativa, exclusivamente, à dinâmica do trabalho psíquico de F., esperando que um “*evento psíquico*” localizasse melhor sua construção delirante. Na nossa concepção, esse evento acontecerá a partir da experiência de F. na sua vida cotidiana, sendo necessário que compreendamos a dinâmica das suas “*trocas de atividades*”, como escreveu Clot (2007):

...para compreender a forma operatória da ação e o uso variado que a ela dão os sujeitos é necessário compreender os mecanismos sociais e psicológicos que fornecem energia à ação. A chave estaria na economia das trocas de atividades que anima a vida pessoal e social (p.124).

Destarte, para a condução clínica de F. continuar promovendo seu desenvolvimento seria necessário construir com ele as saídas possíveis para sua crise criativa: revisão da medicação? Novas exposições? Novos contatos com artistas? Outros cursos de arte? No último contato realizado com ele, ele mencionou o interesse e empenho em fazer um livro sobre sua trajetória, por considerar que tem um depoimento a fazer sobre a reforma psiquiátrica brasileira. Vemos aí uma possibilidade de desenvolvimento para seu acompanhamento psicoterápico – ajudá-lo na construção desse percurso (que de alguma forma já iniciou com essa pesquisa) e nas ressignificações inseridas nesse processo. Fundamental também seria o reconhecimento institucional do seu trabalho na condução do grupo na UBS e a formação da cooperativa de usuários da saúde mental.

Por fim, recorremos novamente a Tosquelles (2009) para afirmarmos que “sem o reconhecimento do valor humano da loucura, é a própria noção de humano que desaparece” (p 15)¹¹⁸. E como nos lembrou Espinosa, citado por Vigotski (1999) “Até hoje ninguém definiu aquilo de que o corpo é capaz.” (p.329). A biografia de F. é um exemplo disso.

5.4.2 Redes de Atenção à Saúde do SUS

Este foi um caso que se manteve exitoso durante os 13 anos (2002 – 2015) que resgatamos seu percurso no SUS. Ressaltamos, de início o conhecimento dos profissionais sobre a vida de F., suas questões, seus dilemas, seus sonhos, para além de seus sintomas. Nada do que F. trouxe a nós, em suas entrevistas, era desconhecido dos profissionais que o atenderam. No CAPS, a elaboração do projeto terapêutico ficou ainda mais evidente devido o prontuário do usuário estar bem organizado e com muitas informações da época. Além disso, os depoimentos do próprio F., da terapeuta ocupacional e da psicóloga atestaram o cuidado com que os profissionais elaboraram as intervenções realizadas, tendo sido adotado como suporte o trabalho artístico e educativo de F. Os profissionais investiram na atividade plástica e de arte educação como um dispositivo de saúde e foram bem sucedidos. Revelaram, assim, perceberem que o trabalho de F. é uma importante categoria de análise e intervenção, no campo da saúde. A entrevista e os registros do atendimento psicológico na UBS evidenciaram, também, o quanto esse espaço foi importante para o desenvolvimento das elaborações de F., incluindo aquelas sobre seu trabalho, o que contribuiu, fundamentalmente, para sua estabilização e diminuição de seu sofrimento.

Observamos um trabalho de equipe, tanto no CAPS, quanto na UBS, com espaço para reuniões, onde se discutiam e construía-se, de fato, os projetos terapêuticos singulares. Ressaltamos, ainda, o quanto a participação de todos os profissionais nessas discussões, incluindo os psiquiatras do CAPS e da UBS, foi importante, para a construção e condução do caso, bem como para a aprendizagem e segurança dos profissionais, que podiam enriquecer sua formação e seu olhar com o conhecimento dos colegas.

Sobre a interdisciplinaridade, destacamos, ainda, a fala de uma psicóloga da UBS, onde F. trabalhava: “*o trabalho interdisciplinar começa com o paciente*”. Foi isso que observamos na

¹¹⁸ No original: “Sans la reconnaissance de la valeur humaine de la folie, c’est la notion même d’homme qui disparaît.”

condução deste caso, o respeito dos profissionais pelo saber do usuário, as trocas estabelecidas com ele e com os demais profissionais. Assim, foi possível construir um caminho que abarcou, pelo menos, em alguma medida, a complexidade que é o ofício de cuidar da saúde de um ser humano.

Destacamos, também, o quanto a comunicação entre os pontos da rede funcionou tanto da UBS para o CAPS, quanto do CAPS para a UBS, tendo essas equipes, em vários momentos, conversado sobre o que era melhor para F. Por este motivo, a transição entre o CAPS e a UBS foi lenta, respeitando o tempo e o vínculo do usuário. O fato do CAPS ter sustentado, longitudinalmente, o tratamento de F. foi importante para sua estabilização, que se mantinha havia 6 anos. Isto é, pareceu-nos que foi um tempo bem aproveitado, pois, contribuiu significativamente para a construção e condução do caso, também pela APS. Como uma das psicólogas da UBS comentou: *“Essa função do CAPS de referenciar os que têm referência nele... dá a chance dessa estabilização.”*

Outro ponto que sublinhamos foi a abertura dos profissionais às ‘surpresas’ do caso, ao fazerem novos arranjos para o atendimento, incluindo visitas domiciliares e ao trabalho do usuário, a proposição de uma atividade de trabalho, como suporte terapêutico, ainda que com isso tivessem de negociar mais vales transportes e refeições para F. Ainda, que ele estivesse estável, a equipe entendeu que era importante para assegurar essa estabilização que ele ficasse mais tempo no CAPS para continuar desenvolvendo seu trabalho como oficineiro e para participar do grupo de teatro, atividades importantes no seu tratamento. Segundo a psicóloga: *“A gente sustentou ele ficar o dia todo na segunda feira, de manhã para a oficina de artes como oficineiro, e, à tarde para participar do teatro, com resmungos da equipe por causa do almoço, por ele já estar estável.”* O fato também da equipe não se ater, estritamente a uma concepção de territorialidade geográfica da moradia de F., possibilitou o seu acesso aos serviços que necessitava. Uma das psicólogas da UBS afirmou: *“Se a UBS não tem mais o recurso, temos que acessar os recursos de outras que são possíveis”*.

Para F., em sua trajetória pelas redes do SUS, o CAPS e, pelo menos, três UBS foram necessárias para seu tratamento – a UBS que tinha equipe de SM, a UBS, onde pôde realizar o grupo com a parceira psicóloga e, por fim, a UBS de seu bairro. Nesse sentido Koga (2003) chamou a atenção para a necessidade das políticas públicas estarem atentas a concepção de território vivido pelos usuários, os lugares que ele frequenta e necessita frequentar, o uso do território pelos sujeitos e a relação entre território e população. Nessa concepção, o conceito de território se expande para além do lugar de moradia, sendo entendido a partir das relações

objetivas e subjetivas que os sujeitos e as coletividades podem estabelecer. A relação inseparável entre território e sujeito ou população, permitiria uma visão da própria dinâmica do cotidiano vivido pelas pessoas. E, dessa forma, podemos acrescentar, possibilitaria, também, vermos quais as redes que o usuário demanda, não simplesmente as que temos para oferecer¹¹⁹.

Merece destaque, ainda, a percepção ampliada de saúde da equipe do CAPS e da UBS, que compreendia a intervenção do profissional de saúde, para além da sala de atendimento. Por este motivo, propor um trabalho para F. foi possível, ainda que ele estivesse em crise. Também por isso, uma psicóloga o reconheceu como colega e buscava possibilidades de apoio externo e interno para que a instituição também realizasse esse reconhecimento. A proposta da cooperativa, a busca de parcerias com ONGs para intermediar mão de obra são algumas das iniciativas de profissionais que acreditam e lutam para realizarem ações de saúde coletiva, acreditando no trabalho como uma possibilidade concreta de reabilitação psicossocial.

Como pontos a serem desenvolvidos, destacamos a melhor articulação entre as equipes de SM e clínica, que, pelo que observamos mesmo estando na mesma unidade, não dialogam com regularidade. Além do desenvolvimento da articulação do CEREST com a UBS, em questão, posto que os profissionais desta desconheciam de que forma poderiam contar com aquela unidade. Também, apontamos a necessidade dos profissionais do CEREST desenvolverem a concepção de ações, considerando o trabalho como fonte de saúde e não apenas de adoecimento, o que requer contribuir para ações de reabilitação profissional e possibilidades de intervenção nas empresas com este objetivo.

¹¹⁹Fazemos aqui uma referência a uma contribuição da Professora Cláudia Penido, em que, numa discussão sobre SUS e SUAS com a pesquisadora, comentou que a “*rede quente*”, a que interessa realmente, é a rede de atenção que o usuário demanda, ainda, que esta extrapole, inclusive, os serviços de uma ou outra política pública.

6 ANÁLISE DA REDE SUS

*Trabalhador
Trabalhador brasileiro
Garçom, garçonete, jurista, pedreiro
Trabalhador brasileiro
Trabalha igual burro e não ganha dinheiro...”*

- Seu Jorge (Trabalhador)

Neste capítulo apresentamos uma análise geral das interseções entre as redes de atenção à saúde mental e saúde do trabalhador, a partir da APS e sua relação com o CEREST, destacando as questões relatadas pelos profissionais de saúde sobre o atendimento assistencial, a integração com as vigilâncias epidemiológica e em ST e, ainda, as dificuldades e os apoios que expuseram para desenvolverem seu trabalho. Nosso intuito é o de apontar alguns pontos que precisam ser trabalhados para o desenvolvimento da atenção às questões de SM&T pela rede SUS, entendendo que as contradições observadas são as fontes para esse desenvolvimento necessário. Para facilitar a exposição da análise a dividimos em três partes: assistência, vigilância e educação em saúde.

6.1 Sobre a Assistência

*“Fumo de rolo arreio de cangalha
Eu tenho pra vender, quem quer comprar
Bolo de milho broa e cocada
Eu tenho pra vender, quem quer comprar...”*

- Sivuca (Feira de Mangaio)

6.1.1 A atenção e o sentido de vigilância às questões da SM&T

Quando questionamos os profissionais de saúde das equipes de SM da UBS, do NASF e a ESF sobre a possível relação entre trabalho, saúde e adoecimento mental, a maioria relatou observar essa relação, destacando, a princípio o trabalho como fonte de saúde, mas, no decorrer da discussão apontaram também o trabalho como fonte de sofrimento e, mesmo, de adoecimento. Para a ESF eram poucos os casos em que observavam essa relação, citando alguns exemplos de categorias profissionais mais afetadas. A equipe de SM da UBS, por sua

vez, trouxe vários elementos para essa discussão. Uma das assistentes sociais foi direta, afirmando logo no início: “*Tem, às vezes adocece e, às vezes, é a solução*”. A outra destacou o quanto a falta de trabalho e, ainda, a precariedade das ocupações dificultava o sentimento de pertencimento dos moradores no território, onde havia muitas indústrias, mas, não empregava essas pessoas:

É uma parte pequena que trabalha nas indústrias. Na vila (cita o nome) tem muita gente que vem de fora, buscando trabalho. É uma população flutuante. O pertencimento está sendo diluído. A falta do pertencimento propicia a criminalidade. São chapas. Não conseguem trabalhos formais (Assistente social da UBS2).

As psicólogas dessa equipe também se preocupavam com a situação dos trabalhos precarizados, citando algumas categorias profissionais nas quais essas condições pareciam contribuir para o adoecimento das pessoas. Uma delas relatou ainda que o trabalho como escritor favorecia a estabilização de um usuário com diagnóstico de alcoolismo, enquanto sua atividade como pedreiro, sua principal fonte de renda, parecia ser um dos fatores que provocava o seu uso abusivo de álcool. A situação dos sem trabalho também foi apresentada por essas profissionais. As psicólogas destacaram que essas pessoas deveriam ser reconhecidas como trabalhadoras. Uma delas observou que o SUS não favorece os trabalhadores, por não ofertar atendimentos à noite e nos finais de semana. Ela relatou que enviava relatórios para as empresas, destacando a importância do atendimento de determinados usuários-trabalhadores e sugerindo a flexibilidade no horário de trabalho uma vez por semana, a fim de garantir a continuidade do tratamento. Ressaltamos que essa equipe era a que buscava formas de viabilizar uma cooperativa para os usuários do grupo, coordenado por uma das psicólogas e pelo F., tendo realizado várias ações visando promover a inserção deles no mercado de trabalho formal, tais como manter um quadro de avisos na unidade com informações sobre vagas de emprego, encaminhá-los para entrevistas em empresas, realizar a inscrição pela internet dos usuários interessados em participar de determinados processos seletivos, além de convidarem para uma palestra na UBS uma ONG que trabalhava com intermediação de pessoas com deficiência para o trabalho em indústrias.

Na equipe do NASF, para as fisioterapeutas havia uma relação direta entre certas atividades de trabalho e o adoecimento físico, enquanto a saúde mental seria afetada indiretamente, devido às limitações impostas pelos quadros de LER/DOR. Elas observavam a relação entre este adoecimento físico e alguns processos depressivos nos usuários que atendiam. De início, outros profissionais relataram que o problema que observavam era a ociosidade como um “*estilo de vida*” de muitos usuários (ginecologista e psicóloga de apoio), tendo estes o “*sonho de ir para o INSS*” (assistente social, coordenadora da equipe). No

entanto, ao longo da discussão, alguns relatos mudaram: *“Eu imagino que a pressão que eles sofrem é maior, pelos trabalhos que têm. Ainda não têm uma pessoa para auxiliar em casa. Chega tem que fazer tudo”* (mesma ginecologista). Acreditamos que a contribuição da assistente social da equipe favoreceu essa reflexão da colega, ao afirmar: *“trabalhos subumanos fazem com que eles não queiram trabalhar. O encostar tem a ver com a pobreza do trabalho na vida deles, o tipo de trabalho que é feito”*. As psicólogas da equipe não contribuíram muito para essa discussão, relatando apenas observar um sofrimento grande entre professores. Uma delas, durante a entrevista individual, mencionou observar mais a relação entre o adoecimento mental e o trabalho entre os pacientes atendidos no seu outro emprego (numa unidade para atendimento de servidores públicos), onde observava muitos professores com sofrimento devido às questões do trabalho. Para ela, os usuários do SUS por estarem mais na *“luta pela sobrevivência”* não manifestavam questões com o trabalho: *“Aqui vejo mais o adoecimento dificultando a pessoa trabalhar”*. Quando questionamos se a falta de trabalho também adoeceria, ela respondeu: *“Sim, mas o estilo de vida adoce mais”*.

Sobre as categorias profissionais que mais adoeceriam mentalmente devido às condições de seus trabalhos, as quatro equipes, a partir dos atendimentos que realizavam, citaram os operadores de telemarketing, destacando que sempre eram muito jovens, geralmente, no primeiro emprego e que acabavam ficando menos de um ano nessa ocupação, devido às pressões e ao empobrecimento das tarefas. As equipes do NASF, da SM da UBS e a ESF também citaram os trabalhadores do comércio, como os operadores de caixa de supermercados e padarias, tanto pela pressão para serem rápidos, quanto pela vivência de assaltos no seu local de trabalho. Este problema da violência também foi destacado no caso dos motoristas e cobradores de ônibus, pelas equipes de SM da UBS e CEREST. Esta última, a equipe do NASF e a ESF ainda se lembraram dos trabalhadores de linhas de produção que atenderam, principalmente, pela repetição e a pressão por rapidez a que eram submetidos. A equipe do NASF fez referência aos atendimentos de professores, às cozinheiras e às empregadas domésticas. O primeiro grupo, principalmente, com sintomas de adoecimento mental. O segundo e terceiro com várias doenças osteomusculares gerando sintomas depressivos. A equipe do CEREST também se lembrou dos servidores públicos e trabalhadores de indústria que sofriam assédio moral. E as profissionais de SM da UBS recordaram-se de casos de técnicos de enfermagem, pelo excesso de jornada de trabalho, de domésticas e camareiras de hotel, pelo trabalho com muitas exigências físicas, gerando

sintomas ansiosos e depressivos e, ainda, da falta de trabalho e do trabalho informal, como chapa de caminhão.

No entanto, observamos que apesar dos profissionais entrevistados da APS estarem atentos a algumas questões referentes à SM&T, eles não identificavam as ações de ST a serem desenvolvidas por eles, a partir dessas questões. Nenhum dos profissionais entrevistados relatou ter conhecimento sobre a PNST. Mesmo a ESF, conforme relatado anteriormente, não compreendia os motivos de realizar o levantamento produtivo do território, não reconhecendo que essa era uma ação de ST que desenvolviam. A maioria dos profissionais desconhecia que havia transtornos mentais que deveriam ser notificados no SINAN. Apenas a enfermeira da ESF conhecia a ficha de notificação dos transtornos mentais relacionados ao trabalho, embora não a tivesse utilizado. Observamos, ainda, que o sentido da vigilância associado à assistência estava deficitário não apenas em relação aos casos de adoecimento mental relacionado ao trabalho, mas, aos agravos de ST como um todo. Nesse sentido, cabe destacar nossa observação das reuniões de matriciamento do NASF com as dez ESF do distrito. Em todas as reuniões observadas, houve a apresentação de pelo menos um caso relacionado, direta ou indiretamente, à ST, sem que as questões do trabalho fossem discutidas. Casos envolvendo acidentes de trabalho (corte de dedo em moedor de carne, corte profundo de mão em serralheria) sem notificação, fratura em que não foi discutido se era decorrente do trabalho, alcoolismo em trabalhador industrial e uso de droga em trabalhador da construção civil, estresse no trabalho, relato de surto na empresa, revolta com perícias do INSS, desejo de se aposentar, sintomas ansiosos agravados pela situação de não trabalho, quadro de dor crônica relacionado a LER/DORT em cabeleira e sintomas depressivos em profissional da limpeza¹²⁰. Ressaltamos, ainda, que durante as reuniões observadas, os casos eram, geralmente, brevemente apresentados pelas ESF, sendo triados pelas profissionais do NASF, que agendavam os que teriam atendimento grupal ou individual, ou, ainda, os que seriam visitados. A discussão e a construção de planos terapêuticos não foram observadas. Portanto, não foram apenas as questões de ST que não foram aprofundadas, mas os casos, de modo geral.¹²¹ Adiante apresentaremos os dados coletados na vigilância epidemiológica, sobre os transtornos mentais relacionados ao trabalho, que reforçam esse achado.

¹²⁰Ver Apêndice G – Casos de ST Observados nas Reuniões de Matriciamento do NASF/ESF.

¹²¹ Não temos condições nesse trabalho de aprofundar nossas observações sobre essas reuniões. No entanto, para exemplificar esse funcionamento de triagem, em uma das reuniões observadas, uma ESF apresentou 37 casos, em cerca, de 3 horas de reunião. Geralmente, eram expostas as queixas dos usuários e a solicitação do atendimento especializado das várias clínicas que compunham o NASF, sem espaço

A ausência da discussão sobre o trabalho como um importante elemento para a análise de casos envolvendo a SM também foi observada em um encontro do Colegiado Ampliado de Saúde Mental desse município¹²². A médica e enfermeira de uma ESF apresentaram um caso de um jovem de 22 anos, com diagnósticos de esquizofrenia paranoide e transtorno depressivo. A partir da APS, o NASF e o CAPS foram articulados para seu atendimento. Embora, os profissionais envolvidos tivessem alcançado melhora significativa no sintoma de embotamento social e ganho na realização das atividades de vida diária pelo jovem, eles não apresentaram os elementos desencadeadores de suas crises, tampouco o que estabilizava o quadro. No resumo do caso entregue à plateia, mencionavam que esse jovem estava coletando e vendendo materiais recicláveis porque sentia “*a necessidade de se realizar, de comprar algumas coisas com o dinheiro que ganha.*” No entanto, este ponto não foi aprofundado. Tais observações são indicativas de que a atenção e o sentido de vigilância às questões de SM&T precisam ser desenvolvidos em toda APS desse município.

6.1.2 Os apoios e as dificuldades para realização do trabalho

Sobre os apoios que tinham para realizarem os atendimentos em SM, a ESF mencionou as reuniões com o NASF e os encontros do Fórum dos Trabalhadores Distrital¹²³. As profissionais da UBS também relataram esse mesmo Fórum, suas reuniões de equipe semanais e os encontros coordenados pela referência municipal de SM. A equipe do NASF mencionou um curso que alguns tiveram a oportunidade de fazer, quando iniciaram o trabalho, em 2013, além das suas reuniões semanais. Os profissionais do CEREST se referiram aos cursos públicos de especialização em ST e outros que realizaram externamente. Esta equipe não contava com reuniões internas para a discussão de casos e a realização de

para o aprofundamento da história de vida desses usuários e a discussão de quais elementos seriam necessários para a construção de um plano de intervenção a ser feito com eles.

¹²² Espaço mensal destinado à discussão de questões referentes aos usuários com adoecimento mental nos vários pontos de atenção do SUS. A coordenação era realizada pela referência municipal de SM. A pesquisadora foi convidada para assistir um desses encontros, que ocorreu no dia 31.10.14.

¹²³ Encontros mensais para a discussão coletiva das questões referentes aos pontos de atenção da rede SUS localizadas nesse distrito.

estudos coletivos, tampouco participava de encontros municipais regulares com os outros pontos da rede.

Quanto aos materiais educativos que utilizavam como suporte para o desenvolvimento dos atendimentos em SM, as equipes da UBS, NASF e a ESF mencionaram o “Caderno Saúde em Casa – Atenção em Saúde Mental”, produzido pela SES, em 2006. Os profissionais do NASF referiram-se também aos “Cadernos de Atenção Básica”, em especial, o que era, então, o mais recente deles, “NASF: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano”, produzido pelo MS, em 2014. Estes dois cadernos serão analisados mais adiante.

Sobre o possível apoio do CEREST ao desenvolvimento da assistência em SM&T pela APS, conforme anteriormente relatado, havia entre os profissionais entrevistados, um desconhecimento generalizado das ações dessa unidade, apesar de ela estar em funcionamento desde 1991. Os que a conheciam, não compreendiam seu funcionamento atual, afirmando a existência de especialistas, como ortopedista e psiquiatra que, de fato, não faziam parte do quadro profissional da equipe de ST. Também se referiam ao seu funcionamento de “porta aberta”, não sendo necessário, portanto, formalizar as referências a este ponto da atenção. De forma geral, eles não viam o CEREST como uma retaguarda especializada que poderia apoiá-los na condução de casos e demais intervenções. Todos os profissionais relataram que a equipe do CEREST nunca havia ido às unidades onde trabalhavam, ou, mesmo se reunido com a equipe do NASF. Os contatos realizados com os ACS da ESF teriam ocorrido apenas para orientar o processo de levantamento do perfil produtivo do território. Não havia acontecido qualquer contato pessoal entre as equipes de SM da UBS e do CEREST, ainda que ambas tivessem compartilhado o caso M. Foram comuns os questionamentos à pesquisadora sobre quais seriam os atendimentos prestados nessa unidade, se havia tratamentos ou apenas estabelecimento de nexos causais e o que seria nexos causais com o trabalho, se a unidade atendia qualquer trabalhador ou apenas servidores municipais, que público, de fato, era atendido, se a equipe fazia intervenções nas empresas e o que realiza, para além das notificações no SINAN e do levantamento do perfil produtivo. Houve também quem nunca tivesse ouvido falar da unidade, quem questionasse o que era SINAN e quem problematizasse a utilidade de apenas as ESF realizarem o levantamento do perfil produtivo, não tendo, assim, o quadro geral do município. Alguns profissionais consideraram que o CEREST teria vínculo apenas com os trabalhadores formais, como uma das psicólogas da UBS que relatou: *“O CEREST está vinculado a pessoas que já estão no trabalho e as nossas estão na situação de não-trabalho. O que eles fariam?”* Sua colega, concordando com essa visão, afirmou: *“Quem é*

trabalhador, mas, está fora do mercado de trabalho porque foi excluído, quem cuida da saúde desse trabalhador?...Quem define quem é trabalhador não é só um conceito. O CEREST teria que estar atento a essas nuances”. Preocupava a essa psicóloga conseguir apoio do CEREST para o atendimento de uma mulher, com transtorno mental, que catava materiais recicláveis e, embora, acumulasse uma parte desses, também sobrevivia de vendê-los, atribuindo a essa atividade a função de trabalho.

Quanto às dificuldades para realizarem o trabalho, a psicóloga da UBS se referiu à falta de reconhecimento do grupo e à formação da cooperativa como parte do atendimento clínico em SM:

É de reconhecimento dessa forma de trabalhar, do grupo como lugar da clínica, pelos gestores, Já enfrentei a incompreensão de colegas. Ainda permanece um adiamento ou esquecimento da gestão da SM de reconhecer esse trabalho, de ajudar a gente a trabalhar. Ganhamos prêmio e o dinheiro está parado. Sozinho a gente não consegue. A cooperativa, não reconhecem como clínica (Psicóloga da UBS).

Para a equipe do NASF, a principal dificuldade era o funcionamento, ainda, na lógica ambulatorial de muitas ESF. Especificamente em relação ao atendimento dos casos de adoecimento mental, a assistente social afirmou:

Eles ficam com os que batem na porta. A gente reflete a cara do ESF. Eles não fazem prevenção. Na SM é mais difícil. A equipe alega que não tem conhecimento da área. Você tem que se envolver com todas as clínicas. Eles querem encaminhar, não envolver. Têm mitos, medos. Uma enfermeira na semana passada falou: ‘eu tenho medo dele’. Ele intimida e ela recua. Falei: ‘por que você não pergunta por que ele está assim?’ Há um despreparo da equipe (Assistente social do NASF).

Assim, para a equipe do NASF, na maioria das vezes, os profissionais da ESF não realizavam a busca ativa pelos casos graves de SM, sendo estes apenas encaminhados ao CAPS quando estavam em crise. A ginecologista afirmou: *“A gente apaga incêndio”*, ao destacar a falta de trabalho preventivo, que seria realizado, particularmente, em grupos. Quanto à realização desses, a equipe do NASF observou uma resistência, principalmente, das ESF de acreditarem na proposta, preferindo agendar atendimentos individuais e não se envolvendo na preparação e desenvolvimento das atividades coletivas. Isto ocorria em todas as clínicas, não apenas em relação aos casos de SM. Quanto a isso, a psicóloga desabafou: *“É um dificultador ter doze territórios (deveriam ter oito), mas, se todos abraçassem, tem PSF que eu me sinto uma invasora.”* Para a assistente social, também havia a ausência de materiais educativos (para realização de dinâmicas, cópias de textos, etc.) para serem utilizados com os grupos, tanto com os usuários, quanto com os profissionais.

Outra dificuldade apontada por essa equipe, conforme anteriormente relatado, foi a pouca disponibilidade do psiquiatra, tanto em termos de horário de trabalho, quando de participar das discussões dos casos e do planejamento das atividades. Tal indisponibilidade dificultava o

desenvolvimento dos acompanhamentos, visto que, geralmente, ele retornava às unidades a cada dois meses para o atendimento de novos casos e não se lembrava dos anteriormente atendidos. Assim, ele não conseguia orientar os clínicos da ESF para o prosseguimento do tratamento. A pediatra da equipe também apontou como dificuldade a ausência do médico da ESF nos atendimentos: *“São raras às vezes em que há atendimento compartilhado, há interesse do clínico em compartilhar, ficar na sala durante o atendimento. O médico vai embora”*.

Entretanto, os profissionais do NASF reconheciam que seus colegas da ESF também enfrentavam vários problemas para desenvolverem seu trabalho, como o fato de terem áreas maiores do que o recomendado pelo MS, contarem com poucos ACS, haver uma rotatividade alta dos médicos da equipe e a falta de espaços físicos adequados para o trabalho. Sobre esse ponto, a ginecologista afirmou: *“Tem PSF que não tem estrutura, consultório sem banheiro, para o paciente trocar de roupa, barracões de fundo...”* A assistente social, ainda, chamou a atenção para a falta de planejamento que poderia ajudá-los a sair da lógica do atendimento ambulatorial: *“Uma coisa que falta no PSF é o de fazer um planejamento, classificação de risco. Ao fazer grupos, a demanda de porta diminui”*. A ginecologista concordou: *“Parece que a equipe tem medo de parar um dia para fazer esse planejamento, como se estivesse perdendo tempo”*.

Quanto à ESF, esta relatou ter uma demanda de, cerca de, trinta pessoas por dia. Todos eram atendidos pela enfermeira e a médica consultava, em média, onze a doze usuários. Os casos graves de SM do território eram, em 2015, setenta e três, segundo a enfermeira, que também informou que a equipe referenciava de quatro a cinco mil pessoas. Ela ressaltou que a recomendação para os territórios mais vulneráveis, como o esse, era o referenciamento de duas mil e quinhentas pessoas. As profissionais também relataram a falta de dois ACS na equipe, desde o início da unidade. Portanto, duas micro-áreas sempre estiveram descobertas. Outro ponto destacado como um dificultador foi a precariedade do espaço físico, que inclusive, não estava de acordo com as normas do Conselho Regional de Enfermagem (COREN). Este órgão, em vistoria na unidade, relatou que a enfermeira não poderia realizar determinados procedimentos, como o teste do pezinho que seria realizado no 5º dia, após o nascimento do bebê, por falta de espaço apropriado para realizar a limpeza dos materiais. Na unidade havia apenas um tanque, onde tudo era lavado. Outra irregularidade era o fato de as paredes das salas não serem laváveis, o que é uma norma para o atendimento em enfermagem. Diante desses problemas, a enfermeira destacou que o vínculo que a equipe mantinha com os

usuários a ajudava a contornar as situações tensas que advinham, muitas vezes, da falta de condições para realizar seu trabalho como deveria. Mesmo sem as condições preconizadas ela realizava seu trabalho, desabafando: “*Mas, como eu vou deixar de atender à população?*” A médica, por sua vez, destacou a dificuldade de conseguir os atendimentos especializados necessários, sendo que algumas especialidades costumavam demorar até um ano para a marcação da consulta. Também apontou que as “*questões sociais são difíceis de atuar*”. Ambas ressaltaram que a demanda de trabalho era grande, dificultando que elas tivessem atendimentos mais longos para aprofundarem nas histórias dos usuários. Diferentes de outras ESF, relatadas pelo grupo do NASF, as profissionais dessa ESF não manifestaram receio de atender casos graves de SM, pelo contrário, tanto a médica, quanto a enfermeira tinham interesse em compreender melhor as questões dos transtornos mentais. Quanto ao atendimento em grupo, conforme anteriormente relatado, havia uma dificuldade de comunicação entre as equipes sobre a melhor forma de conduzi-los, o que contribuía para uma percepção entre as profissionais da ESF de que esta condução deveria ser dada pela equipe do NASF. Também observamos uma dificuldade das profissionais da ESF de lidarem com a resistência que os usuários manifestavam em iniciar o acompanhamento grupal. No entanto, como a própria enfermeira havia comentado, talvez se a modalidade de grupo oferecida fosse diferente, pudesse promover maior adesão dos usuários. Os ACS apontaram como dificuldade as solicitações exageradas de alguns usuários, que compareciam às suas casas para demandar informações, medicamentos e consultas. Também relataram que era difícil lidarem com as mortes de alguns usuários, devido ao vínculo que haviam estabelecido com eles.

Outro ponto que gostaríamos de destacar foi levantado pela psiquiatra do CAPS. Ela percebia que os médicos da APS ficavam inseguros em acompanhar os usuários com transtornos mentais e atribuía isso à própria formação em medicina, agravada pelo número insuficiente de psiquiatras no SUS, que poderiam oferecer maior apoio aos colegas da APS:

Tudo bate na questão da formação, sempre. Qual a carga horária de saúde mental na faculdade de medicina? Pouquíssima. Então, ele (médico generalista) tem pouco domínio sobre a medicação. Eu não vou alterar uma medicação que eu não conheço. Não sei mexer. Então, vou mantendo o que quem tem domínio prescreveu. A recomendação do MS é que o paciente crônico de SM, paciente estável, seja visto pelo menos duas vezes por ano pelo psiquiatra. Tem que ser referenciado duas vezes por ano e não é no CAPS. É o psiquiatra do NASF que verá a hora da revisão anual dos pacientes. Assim, a gente pode atuar antes. Como na clínica, a pessoa tem uma válvula no coração, vai no cardiologista duas vezes (por ano). Então, eu acho que a falha está aí. A gente tem a combinação de generalistas até bem intencionados, mas, falta um treinamento para isso com uma ausência do médico psiquiátrico na rede (Psiquiatra do CAPS).

Para essa psiquiatra, que também era professora em uma faculdade de medicina, o currículo desse curso era “*extremamente tradicional*” e a psiquiatria por ser uma das clínicas médicas mais novas, ainda tinha pouco espaço na grade curricular da graduação. Não

obstante, ela relatou que com a nova diretriz curricular de SM para os cursos de medicina, a perspectiva era de ampliação da carga horária e o desenvolvimento do internato (acompanhamento do estudante da prática médica em um serviço de saúde) em SM até 2017. Essa era uma estratégia para os médicos poderem lidar melhor com as questões da SM, inclusive, com o que ela denominou de “*boom de antidepressivos nos últimos 10 anos*”, sugerindo haver uma prescrição exagerada desse tipo de medicamento. Isso nos faz pensar que as questões de SM&T também são pouco estudadas, ou praticamente ausentes dos currículos das formações dos profissionais de saúde, em geral. De todos profissionais entrevistados, apenas duas psicólogas, que estavam na UBS, mencionaram terem estudado essas questões em suas graduações. Seligmann- Silva (2011) também constatou a ausência de conteúdos de SMRT nos currículos acadêmicos, de modo geral.

Apesar de não termos observado diretamente o trabalho desenvolvido pelo CEREST, mas sim a relação dessa unidade com as equipes da APS pesquisadas, consideramos importante apresentar algumas questões que os profissionais da ST relataram sobre seu trabalho. Essa unidade realizava ações de assistência, de vigilância e de educação permanente. Relataram que havia, cerca de 5 anos, iniciaram uma aproximação maior com as unidades da APS, tendo realizado um evento municipal para apresentar os agravos em ST e o funcionamento do CEREST. Nos últimos dois anos, o diálogo foi maior com as ESF, especificamente, para tratar das questões referentes ao levantamento do perfil produtivo. A psicóloga dessa equipe relatou manter uma relação próxima com várias unidades da APS, principalmente, para a discussão de casos e o encaminhamento para atendimento psiquiátrico. Este era realizado pela enfermeira da ESF que discutia o caso na reunião de matriciamento do NASF ou agendado diretamente nas UBS, que contavam com esse profissional. Quanto à referência de casos de SM&T para o CEREST, a gerente relatou que, muitas vezes, os profissionais da APS ficavam sem local para encaminhamento dos casos que não eram considerados graves, mas, que envolviam um sofrimento intenso, necessitando, portanto, de atendimento especializado. Por este motivo, muitos casos de SM eram encaminhados para o CEREST pelo fato da pessoa ser trabalhadora, ainda, que seu sofrimento não tivesse tido origem no seu trabalho. Os casos referenciados eram atendidos diretamente pela psicóloga, única a ofertar atendimento em SM nessa unidade. Os demais profissionais, como assistente social, médico e enfermeira, ao perceberem sofrimento psíquico dos usuários que atendiam, encaminhavam para a colega psicóloga realizar sua avaliação e acompanhamento. Ressaltamos também que essa psicóloga participava de algumas ações da VISAT, quando os colegas ou ela, mesmo, sentiam a

necessidade de analisar de perto as questões referentes à organização do trabalho de alguns usuários atendidos. Ela também realizava sessões de orientações a gestores para viabilizar o retorno ao trabalho de alguns usuários.

Quanto às dificuldades para realizarem seu trabalho, essa equipe relatou que o volume de atendimentos assistenciais era grande. A assistente social já havia mencionado essa questão, conforme anteriormente relatado e a gerente também afirmou: *“A gente, às vezes, não tem tempo nem para pensar. Você fica numa fazeção e não vê o produto de seu trabalho.”* Ela, ainda, relatou que haviam discutido sobre a necessidade de desenvolverem ações de reabilitação profissional para os usuários que haviam sofrido amputações de partes dos corpos, em acidentes de trabalho – *“Mas, a gente não teve pernas pra fazer, né?”*

6.1.3 As fontes para o desenvolvimento da RAS em ST (SM&T)

Compreendendo as contradições vivenciadas nas situações de trabalho como fontes possíveis de desenvolvimento, segundo perspectiva vigotskiana, identificamos algumas questões referentes a atenção à SM&T que precisam ser trabalhadas nesse SUS, a fim que as redes de atenção possam ser mais resolutivas e solidárias, com compartilhamentos dos vários saberes e práticas, tanto dos profissionais de saúde, quanto dos usuários.

Quando recuperamos os itinerários percorridos pelos quatro usuários entrevistados, observamos que em relação aos três casos de adoecimento era primordial que fossem construídos planos terapêuticos que se resgatasse a biografia desses sujeitos, os sentidos atribuídos por eles à sua história, incluindo seu adoecimento e suas potencialidades de superação. A definição de profissionais de referência, para integrar os acompanhamentos também é necessária, sendo importante que fossem escolhidos pelos usuários, de acordo com o vínculo construído. Neste sentido, E. escolheu a psiquiatra do CAPS como referência, não a primeira profissional que o atendeu. Acreditamos que se o CAPS estivesse organizado levando isso em consideração, teria sido mais produtivo para a condução do caso, bem como seu compartilhamento com a APS. Os casos A. e M. não tiveram uma referência que conhecesse sua história e construísse um plano terapêutico, bem como discutisse com a rede o compartilhamento do caso.

Outra questão demonstrada na discussão de cada caso foi que a análise das questões relacionadas aos trabalhos desses sujeitos poderia fornecer importantes elementos para a compreensão de suas trajetórias de vida, bem como das suas condições materiais de existência e, assim, também contribuiria para o planejamento de intervenções mais eficientes, tanto no plano individual, quanto nos grupos que poderiam participar e também nos seus ambientes de trabalho, incluindo a possibilidade de orientações para novas ocupações (para E. e M.). Quanto às maneiras de tornar as redes de atenção resolutivas para esses usuários, observamos que para E., seria necessária uma regularidade nos acompanhamentos psiquiátrico e psicológico, com espaço para a elaboração de suas questões do trabalho, incluindo, uma possível reabilitação profissional e o acompanhamento de sua questão previdenciária. Para A., seria preciso que houvesse a escuta das suas questões de vida, para além de suas queixas, havendo oferta de modalidades de grupo em que ela pudesse se identificar (tanto de SM, quanto para questões ortopédicas/fisioterápicas), orientações e acompanhamento de sua questão previdenciária, além de maior agilidade nas consultas especializadas e nos exames. No caso M., seria fundamental que suas questões, incluindo seus ressentimentos em relação ao trabalho, fossem elaboradas, ultrapassando a mera orientação e medicalização, oferecendo a ela a possibilidade de desenvolver um processo de orientação profissional, que contribuísse para o almejado redirecionamento de sua vida. Também seria importante a unidade de saúde funcionar à noite e/ou nos finais de semana, a fim de assegurar seu acesso aos usuários. Para F., seria necessária a atenção a sua saúde integral, a avaliação psiquiátrica regular e que seu trabalho continuasse sendo um suporte de seu atendimento, contribuindo para o seu desenvolvimento como artista e oficinairo, com vistas à manutenção de sua estabilização psíquica. Fundamentais também são o seu reconhecimento formal como profissional de saúde desse SUS e a formação da cooperativa dos usuários dos serviços de saúde mental.

A PNAB e a constituição das RAS visam à mudança da lógica ambulatorial dos atendimentos em saúde, mais indicada para a resolução de quadros agudos, passando para a construção de redes de atenção, com acompanhamento longitudinal dos casos, mais apropriado para os quadros crônicos. Este também é um dos motivos para o reordenamento da APS, com o desenvolvimento de equipes territorializadas de SF, além da mudança do perfil epidemiológico de adoecimento da população brasileira (Brasil 2011b; Brasil 2010).

Sobre o perfil de adoecimento da população, além das doenças infecciosas ainda se apresentarem como problemas importantes, são as doenças crônicas que têm sido apontadas

como parte significativa da carga de doença dos brasileiros¹²⁴. Se em 1930, as doenças infecciosas respondiam por 46% das mortes de brasileiros, em 2003, foram responsáveis apenas por 5% da mortalidade, dando lugar às doenças cardiovasculares, aos cânceres e às causas externas, como acidentes e homicídios (Minas Gerais, 2006). Segundo Paim et.al (2011), as mudanças nas taxas de mortalidade e morbidade no Brasil estão relacionadas às transições demográficas, epidemiológicas e nutricionais, apontando também as doenças do aparelho circulatório como a principal causa de morte, seguidas pelo câncer e por causas externas, sobretudo homicídios e acidentes de trânsito. Para esses autores, as doenças crônicas são as que mais contribuem para a carga de doença, estimando-se que 40 a 50% dos brasileiros com mais de 40 anos sejam hipertensos e que seis milhões sejam diabéticos. Para Leite et.al (2015) há preponderância das doenças crônicas não transmissíveis em todas as regiões do país, particularmente, das doenças cardiovasculares, dos transtornos mentais, com destaque para a depressão, do diabetes e da doença pulmonar obstrutiva crônica, além da elevada carga dos homicídios e dos acidentes de trânsito. Estes autores também apontaram para o crescimento da taxa de envelhecimento da população brasileira, o que pressupõe maiores cuidados com a saúde dessas pessoas.

Assim, a atenção às condições crônicas exige um acompanhamento longitudinal, com a construção de planos terapêuticos, onde sejam estabelecidas as ações e metas de curto, médio e longo prazo, com a participação dos usuários. Também é importante que estes planos sejam reavaliados constantemente para a análise dos resultados que estão sendo alcançados. Ressaltamos, ainda, que tanto as doenças crônicas, quanto o envelhecimento, as doenças graves e as consequências pessoais dos que foram atingidos pelas causas externas (vítimas e familiares) têm impacto na saúde mental das pessoas. Muitas doenças mentais, como os quadros depressivos, também têm uma condição de cronicidade. Esse dado reforça a importância da atenção à saúde mental em todos os pontos do SUS, a começar pela APS, principal ordenadora das redes de atenção.

Sobre a atenção às questões referentes à SM&T, observamos que ao falarem sobre os atendimentos, os profissionais forneceram-nos indícios de suas concepções sobre o que é trabalho, trabalhador e processo de saúde-doença, sendo essas concepções fundamentais para

¹²⁴ Estudos de Carga Global de Doença: utilizam com indicador DALY (Anos de vida perdidos ajustados por incapacidade), que representa a soma de dois componentes, os Anos de vida perdidos por morte prematura (YLL) e os Anos de vida vividos com incapacidade (YLD). Estes medem simultaneamente o impacto da mortalidade e dos problemas de saúde que afetam a qualidade de vida dos indivíduos. Representam uma importante ferramenta na gestão das políticas, planejamento, organização e avaliação dos serviços de saúde para atuação frente aos novos desafios epidemiológicos que se colocam para a saúde pública no país (Biblioteca virtual em saúde, 2016).

o desenvolvimento da escuta das questões trazidas pelos usuários e do modo como realizarão suas intervenções. Neste sentido, acreditamos que é fundamental maior investimento em ações de educação permanente sobre as questões que envolvem a ST. Embora os profissionais da APS estejam atentos à positividade do trabalho na vida dos usuários, as questões negativas que eles trazem sobre suas ocupações foram, muitas vezes, tratadas como parte de suas queixas, não como uma importante categoria de análise e campo para intervenção do profissional de saúde. No entanto, também observamos que, ao provocarmos essa discussão, estes profissionais problematizavam seu fazer e reconheciam a importância de se compreender melhor a relação dos sujeitos com seu trabalho (ou com a falta dele).

A proposição que fazemos nesta pesquisa é que o trabalho seja considerado como constitutivo tanto da vida social, quanto da subjetividade dos sujeitos, fazendo parte do que Clot (2007) denominou como a “constelação de atividades pessoais em interssignificação” (p.95). Isto é, a relação do sujeito com seu trabalho é complexa, envolvendo as condições materiais, as formas de organização do trabalho e, ainda, seus atos para significar e transformar suas tarefas, além dos apoios sociais (coletivos de trabalhadores, sindicatos, apoios comunitários, etc) existentes para desenvolver sua atividade. Para Clot (2007),

...todas as coisas que manifestam o sofrimento no trabalho nunca são o efeito direto do trabalho. (...) a apropriação psicológica jamais se reduz à interiorização cognitiva das propriedades do objeto, mas supõe uma transformação dos atos do sujeito e uma atribuição de valores. Com ainda maior razão, a insignificância vivida das situações de trabalho não pode relacionar-se tão-somente com as propriedades do trabalho. Ela resulta sempre da impossibilidade em que se encontra o sujeito de convocar a pluralidade de seus lugares circulando entre atividades interligadas por um horizonte de vida pessoal. O trabalho nunca é senão um dos elementos da dialética em que o sujeito se descobre (...). O importante é, por conseguinte, a pluralidade dos mundos vividos e a possibilidade da exploração de um pelo outro para caracterizar a plasticidade do sujeito. Elas são a fonte da iniciativa que transforma as ações sobre si mesmo com relação à experiência que o sujeito forjou no outro (p. 57).

Sendo assim, propomos que essa complexidade seja incorporada nos atendimentos em saúde mental, explorando tanto os elementos concretos existentes nos trabalhos, quanto os sentidos que os sujeitos atribuem às suas ocupações, sejam elas quais forem e até mesmo à ausência delas. Os trabalhadores informais e os excluídos do mercado de trabalho tornam-se o público prioritário das ações do SUS, conforme apresentado pela PNST. Até porque essa condição coloca esses sujeitos numa situação de maior atenção, tendo em vista sua exclusão das oportunidades de garantirem as condições materiais de seu sustento e de sua família e, ainda, das condições subjetivas para o seu desenvolvimento pessoal e social, conforme apresentado ao longo desta pesquisa.

Também observamos a necessidade da discussão de ideias como “*ganho secundário*”, preocupação presente nos discursos da maioria dos profissionais de todos os pontos de

atenção estudados, inclusive do CEREST, “*ociosidade como estilo de vida*”, “*estilo de vida adoce mais*” e “*sonho de encostar*” e, ainda, “*famílias desestruturadas*” ou “*é social*”. O ideal seria aprofundar o conhecimento sobre a vida desses sujeitos, não se atendo à superfície de suas falas e comportamentos¹²⁵. Não estamos desconsiderando a existência de sujeitos que possam responder às contradições de sua vida de forma, até mesmo, desonesta. O que queremos ressaltar é que não cabem nos atendimentos à saúde das pessoas, juízos morais a respeito de seus comportamentos, mas sim a análise das condições que as levaram a determinados comportamentos, sejam eles moralmente aceitos ou não, a fim de provocar sua implicação nos atos de sua vida, contribuindo, dessa forma, para o desenvolvimento de sua autonomia.

Quanto aos atendimentos psicológicos, vimos que os três usuários que apresentaram transtornos mentais não aderiram ao acompanhamento proposto, tanto individual, quanto grupal (no caso A). Cabe um questionamento sobre os motivos dessa não adesão: falta de suporte familiar, distância da unidade, dificuldade dos psicólogos de escutarem as questões da vida e do trabalho, trazidas por eles, dificuldades de ofertar outras modalidades de atendimento? Acreditamos que as questões levantadas pelos profissionais como falta de demanda, falta de interesse e dificuldade de elaboração dos usuários, não explicam sua não adesão, sendo necessária a investigação, sobretudo, nos casos graves, dos motivos dessas dificuldades e desinteresses. Isto porque, a análise concreta desses fatores e não a suposição a respeito dos motivos dos usuários poderia favorecer redirecionamentos na oferta do atendimento, possibilitando maior segurança aos profissionais para desenvolverem seu trabalho e maior resolutividade dos problemas. A mesma avaliação serve para a análise da “resistência” dos usuários a aderirem ao atendimento grupal, sendo importante pautar essa análise e o planejamento das atividades do grupo nas reuniões de matriciamento entre o NASF e a ESF. Lembramos que essa resistência ao atendimento grupal não foi observada entre os usuários com adoecimento mental da UBS estudada. Acreditamos que o compartilhamento e a análise da experiência desenvolvida ali poderá contribuir para uma maior adesão dos usuários aos atendimentos em grupo de outras unidades.

Outro ponto que merece destaque é a dificuldade de comunicação entre os pontos da rede. O desconhecimento generalizado do CEREST, a ausência de diálogos entre as equipes de SM

¹²⁵ Mais uma referência artística para nos ajudar a ver o juízo moral presentes em falas como as descritas acima é a canção “Vai trabalhar vagabundo” de Chico Buarque de Holanda. Com ironia, o compositor nos mostra que tipo de trabalho o tal “vagabundo” não quer: “Tenta pensar no futuro/ No escuro tenta pensar/ Vai renovar teu seguro/ Vai caducar/ Vai te entregar/ Vai te estragar/ Vai trabalhar...” (Holanda, 1989, p.115).

da UBS e do CEREST (caso M.) e o processo burocrático de referencia e contrarreferencia (inclusive prematuro, segundo nossa avaliação, do caso E.) do CAPS para a ESF, a dificuldade de articulação entre as equipes de SM e de clínica (médicos e enfermeiros) da UBS e, ainda, as reuniões de matriciamento entre o NASF e as ESF, como triagem e agendamento – são indicativos de que a comunicação e o compartilhamento dos saberes profissionais e dos usuários precisam ser desenvolvidos. Sobre as reuniões de matriciamento, cabe o registro da ausência dos médicos nessas reuniões. Conforme relatado, das dez reuniões observadas, apenas quatro contaram com a participação dos médicos da unidade¹²⁶. Embora, estivéssemos em apenas uma reunião com a maioria das equipes, essa observação da dificuldade de participação dos médicos nas reuniões de matriciamento foi confirmada pelos vários profissionais do NASF.

Também chamamos a atenção para o não reconhecimento das ações de reabilitação profissional/inclusão produtiva como importantes ações assistenciais de saúde, por parte da gestão do município, que também não reconhecia formalmente F. como um profissional de saúde, conforme relatado da psicóloga da UBS. Não obstante esta dificuldade não seria apenas dos gestores, ela também foi demonstrada pelos profissionais do CEREST, à exceção da gerente da unidade. Observamos que a equipe estava mais focada nos casos em que o trabalho teria contribuído para o adoecimento dos sujeitos, não contemplando em suas ações a oferta de apoio aos demais profissionais do SUS para o desenvolvimento de ações de orientação profissional, promoção do retorno ou, mesmo a inclusão das pessoas no mercado de trabalho. Houve profissionais que questionaram pesquisadora sobre a pertinência dessa modalidade de atenção dentro do escopo das funções da unidade. Tal observação também apareceu em Deusdeth-Junior (2014) que se referiu a uma tendência do CEREST de focar suas ações para a atenção aos casos de adoecimento relacionados ao trabalho, enquanto os serviços de saúde mental, como o CAPS, estavam mais voltados para a reabilitação/reinserção profissional dos seus usuários.

Ainda sobre o funcionamento do CEREST, observamos a necessidade de maior clareza sobre a especificidade da assistência desenvolvida por seus profissionais e quanto ao tipo de apoio podem ofertar aos demais pontos de atenção. Para a psicóloga da unidade, a referência para realizar seu trabalho era a psicoterapia breve, de base psicanalítica e a psicodinâmica do trabalho de C. Dejours. O foco de seu atendimento era o tratamento dessas questões e a

¹²⁶ Em duas unidades os médicos estavam atendendo no horário da reunião, outros dois (cubanos) faziam um curso no dia da reunião e nas outras duas unidades, foi informado à pesquisadora apenas que o médico não participava dessa reunião.

elaboração de possíveis mecanismos de defesa para que esses trabalhadores diminuíssem seu “sofrimento mental”. Ela relatou:

Todos têm esse sofrimento, mas aí, a gente cai naquela, tem uns trabalhadores que têm estratégias pra num adoecer. Eles têm esse mecanismo de defesa, outros não e adoecem. Mas essas condições adoecem sim. As outras adoecem? Também, mas entram questões de cada trabalhador (Psicóloga do CEREST).

Autores como Clot (2007; 2010) e Canguilhem (2012) utilizados para a discussão dos casos questionam essa concepção de “sofrimento mental” como resultado da ausência de mecanismos de defesa eficientes, por parte dos trabalhadores. Para Canguilhem (2012), o adoecimento viria não pela falta ou precariedade dos mecanismos de defesa, mas pela saturação deles. Para ele, a saúde não é entendida como defesa, mas como capacidade de agir no mundo, sendo o sujeito afetado e tendo a capacidade de afetar os outros. Clot (2007; 2010) partindo da concepção canguilheana, questiona se o fato de um trabalhador ter que se defender do trabalho já não seria um indicativo de que esse espaço social estaria impedindo o seu desenvolvimento pessoal e social. Ele ressalta que o adoecimento mental é um processo, muitas vezes longo, que se inicia exatamente com a perda da saúde, isto é, do “poder de agir” sobre os problemas apresentados. Nesse sentido, os mecanismos psíquicos de defesa seriam uma saída conservadora, posto que o sujeito apenas reagiria ao vivido, não tendo as condições e os apoios necessários para transformar o vivido em base para novas aprendizagens e assim se desenvolver.

Acreditando que o debate dessas questões é fundamental para o avanço da especificidade de uma atenção em SM&T, propomos que os saberes das várias disciplinas que compõem a área possam dialogar, interpelando uma a outra e assim desenvolvendo os saberes. Observamos que autores, partindo da psicanálise, contribuíram para o aprofundamento de determinadas questões, como o próprio Dejours com a proposição de mecanismos coletivos de defesa. No entanto, é preciso indagar os custos, psíquicos e das interações sociais, dessa operação para os sujeitos envolvidos. Outro autor que baseando-se na psicanálise contribuiu para a reflexão de importantes questões da área foi Claude Veil, psiquiatra e médico do trabalho francês. Já fizemos referência a ele, quando apontamos sua crítica a vigilância nos ambientes de trabalho, a partir de um modelo microbiano ou radioativo, isto é, apenas como identificação dos agentes/riscos no trabalho para o adoecimento mental, sem se levar em conta a complexidade que as questões de SM&T ensejam. Esta pareceu-nos ser a concepção dos profissionais do CEREST, ao procurarem nas discussões dos 4 casos apontarem quais os riscos psicossociais estes sujeitos estariam expostos para assim estabelecer uma relação, mecânica e direta, entre ambos. Ao fazerem isso, acreditavam ser possível separar os

elementos do trabalho daqueles vivenciados nos outros espaços da vida dos usuários, dos sentidos pessoais de cada sujeito ao vivido no trabalho e dos apoios coletivos existentes. Acreditamos que por esse motivo, a maioria dos profissionais afirmou não ter o que ofertar de atenção especializada em ST para os casos A. e F., por exemplo.

Outra contribuição de Veil (2012) é a sua proposição de uma inversão do olhar e da prática terapêutica para o profissional de saúde. A direção não seria a de simplesmente adaptar o trabalhador ao trabalho, elevando seu limite de tolerância pessoal às normas impostas, por meio da elaboração individual de mecanismos psíquicos de defesa. Mas sim, a realização de uma análise pluridisciplinar para investigar o caráter nefasto dessas normas, com vistas a transformá-las. Para este autor, há uma dupla potencialidade do trabalho: o “trabalho alegria” (p.58) e o “trabalho pena” (p.56)¹²⁷. Quando o trabalho possibilita a reestruturação dos sujeitos, dando lugar à sua criação e sua potência de ação, ele chamava de “trabalho alegria”. Por outro lado, o “trabalho pena” ocorre quando há o impedimento do desenvolvimento das potencialidades dos trabalhadores, pela imposição de normas alienantes, o que torna o trabalho, além de cansativo, um desgosto. Neste último caso, o trabalho poderia culminar no adoecimento. Ele escreveu: “Quando a alegria cede à pena, o trabalho torna-se fadiga. A fadiga é o satélite, a sombra, o inverso mesmo do trabalho” (p.63)¹²⁸.

Segundo Lhuilier (2012) as teorias de referência de Veil eram a psicanálise, pelas perspectivas dinâmicas e econômicas (investimento do objeto, processo de sublimação, mecanismos de defesa, ambivalências de significados ligados ao trabalho) e a fenomenologia, pela ligação com a experiência singular, as formas de amputação ou incompletudes de si e as vias de subjetivação. Os três princípios da análise desse autor eram o entendimento de que a causalidade dos problemas no trabalho tinham determinações complexas, com etiologia mista, envolvendo questões profissionais e extraprofissionais; a impossibilidade de separar o sujeito do seu meio de trabalho e a inexistência de fronteira fixa entre estado de normalidade e estado de doença. Por esses motivos, ele criticou o que denominou como modelo microbiano ou radioativo de levantamento de exposição de riscos, conforme relatado anteriormente.

Veil (2012) elaborou o que denominou de "sessões de psicopatologia do trabalho" em que propôs uma abordagem abrangente e dinâmica para trabalhar com os processos de incompatibilidade no trabalho, de modo a identificar os recursos defensivos do sujeito, suas estratégias conscientes e inconscientes para resistir, mas também, os recursos disponíveis no

¹²⁷ No original: “Travail joie” e “Travail peine”.

¹²⁸ No original: “Quand la joie cede à la peine, le travail devient fatigue. La fatigue est le satellite, l'ombre, l'envers même du travail.”

trabalho e nos outros meios de vida que pudessem favorecer a transformação das normas imperfeitas dessa organização de trabalho. Esta última direção é a que nos parece mais promissora para o avanço de uma atenção especializada em SM&T.

Veil (2012), ainda, abordou sobre as questões do retorno ao trabalho de trabalhadores que haviam vivenciado o desemprego, acidentes de trabalho, licenças por doenças, internações em hospital psiquiátrico e a saída da prisão. Preocupava a ele também as questões sobre a seguridade do trabalho, o absenteísmo, os estados de exaustão, a fadiga e a monotomia, a psicopatologia do trabalho e, ainda, a relação entre a saúde mental e o trabalho. Tratou brevemente sobre as mulheres, jovens e idosos no mercado de trabalho, além da necessidade de intervenções para o controle e a prevenção de doenças e acidentes nos contextos de trabalho, dentre outras questões.

Este autor também contribuiu para a compreensão da questão da (re)inserção de pessoas com deficiência física e mental no mercado de trabalho. Uma das necessidades evidenciadas pela equipe da SM da UBS. Para Veil (2012), a essência da deficiência não estaria no interior dos sujeitos, mas nas relações interpessoais. Ele escreveu:

As pessoas com deficiências funcionam como reveladoras (...). Elas não são inaptas em essência, mas sim por referência a uma instituição específica, por um padrão de conduta, pelo constrangimento do meio... Sem buscar o paradoxo, podemos contribuir para o elogio da desadaptação: não há progresso possível que seja feito sem a contestação da ordem existente... (p.48)¹²⁹.

Infelizmente, não temos condições de aprofundar e problematizar as propostas de Veil (2012), mas acreditamos que elas, bem como as dos demais autores utilizados nesta dissertação podem contribuir significativamente para os atendimentos das questões relacionadas à SM&T, tanto que no diz respeito à assistência, quanto para o desenvolvimento de um modelo de VISAT que contemple as questões de SM.

Outra necessidade observada é de um modelo de VISAT, que além de estar atento as questões de SM, incluía a análise dos trabalhos domésticos e, mesmo, das atividades informais. Também é preciso desenvolver o sentido da vigilância aos agravos em ST nos diversos pontos do SUS. Acreditamos que se houver um sentido a que os profissionais possam atribuir a essa tarefa, será mais fácil o cumprimento dessa função. Por exemplo, os dados do SINAN poderiam ser analisados e regularmente apresentados às equipes do SUS, sendo também utilizados para embasar a escolha dos ambientes de trabalho a serem visitados

¹²⁹ No original: "Les handicapés fonctionnent comme révélateurs (...) on ne peut être inadapté par essence, on ne l'est jamais que par référence à une institution déterminée, une conduite prise pour norme, une contrainte du milieu... Sans chercher le paradoxe, on peut pousser plus avant cet éloge de l'inadaptation: il n'y a de progrès possibles qu'à travers la contestation de l'ordre existant..."

pela VISAT. Outra necessidade urgente é a do CEREST ter nos registros de seus atendimentos, a unidade de APS referência para cada usuário, pois, essa informação nortearia tantos os processos necessários de contrarreferência, quanto serviria como um referencial para a equipe a respeito das unidades que estariam acessando os serviços da unidade, destacando as que precisam de maior investimento para conhecer e compreender seu papel no SUS. Fundamental também seria a instalação de espaços para a discussão interdisciplinar, o compartilhamento dos casos e das intervenções coletivas, bem como dos estudos de temas relativos às necessidades do trabalho cotidiano da equipe do CEREST. Nesse sentido, entendemos que os casos de SM não são privativos do profissional psicólogo, sendo o seu compartilhamento com profissionais de outras clínicas, importante para a condução dos mesmos. Outra recomendação seria a participação de profissionais do CEREST nos encontros distritais e municipais já existentes, como forma de pautar a ST nesses espaços e estreitar os laços com os profissionais dos demais pontos de atenção.

6.1.4 As potencialidades

Para finalizar, apresentaremos as potencialidades observadas na construção dessas redes de atenção. Algumas profissionais como as psicólogas e as assistentes sociais da UBS tinham a compreensão de que seu trabalho não se limitava aos atendimentos, sendo necessárias as intervenções psicossociais no território, o que incluíam as empresas. Além das ações que realizavam, uma assistente social, ainda, trouxe a necessidade de existirem ações de educação/sensibilização das empresas para as questões da saúde mental relacionada ao trabalho. Ela afirmou:

O ideal seria se a empresa privada conhecesse melhor as questões de saúde mental e trabalhador. Há uma incompreensão. Teria de ter um trabalho com as empresas. No ambiente de empresa tem que entender os que adoeceram lá dentro ou que admitiram alguém com problema, tem que entender para saber lidar (Assistente social da UBS2).

Essas profissionais também percebiam a necessidade de terem maiores orientações sobre como trabalhar essas questões com os usuários. Outra assistente social relatou:

Os pacientes perguntam se devem falar que tomam remédio na entrevista. Digo: 'faz o que seu coração mandar. Se te perguntarem, falam. Se não, não'... A realidade é que quando sabem que o candidato toma remédio, eles não pegam. Se colocar que mora em (cita o nome de um bairro), área de risco, não pegam. A sociedade te impõe determinadas situações que se você não burla, você não entra (Assistente Social da UBS1).

Acreditamos que a equipe do CEREST possa se envolver nessas duas propostas, participando com os profissionais da APS, tanto na sensibilização das empresas, quanto nas ações de educação permanente visando à discussão e o aprofundamento da forma de trabalhar as questões que envolvem o retorno ou a inclusão no mercado de trabalho das pessoas atendidas pelos serviços de saúde mental. Também poderia se envolver com a ação de reabilitação profissional em curso nessa UBS, por meio, especialmente, do grupo e a almejada formação de uma cooperativa dos usuários.

Outro ponto levantado pelas psicólogas da UBS foi sobre a importância das experiências de convivência grupal nos territórios dos usuários em vez de reuni-los todos em um único centro de convivência, por exemplo. Uma delas afirmou: *“Você ter um lugar para um e outro para outros é exclusão. Um lugar onde cabem todos é a verdadeira reforma. O ideal é (o grupo) ser feito no local do PSF mesmo, onde a pessoa vai se tratar”*. Ainda sobre o centro de convivência, a outra psicóloga se preocupava com a falta de destino dos objetos produzidos:

Como ter uma oficina sem destino? Para quê isso? Qual destino do meu trabalho psíquico, da criação? Os pacientes não se apropriavam da criação do que faziam, para além do financeiro, eles estão falando do que significa o que produzem. Eles voltam frustrados do centro de convivência (Psicóloga da UBS).

Diante dessa situação e da demanda dos usuários que conheciam a proposta grupal que uma das psicólogas havia desenvolvido no CAPS, essa equipe se mobilizou para implantar um grupo para os usuários dos serviços de saúde mental na UBS. Este grupo, coordenado por F. e pela psicóloga, nasceu com o objetivo de identificar e formar cuidadores de saúde mental, a dos próprios usuários e de seus familiares, baseando-se na proposição de Foucault de que a capacidade de cuidar de si e do outro é uma forma de empoderamento. A psicóloga os recebia e, antes de incluí-los, realizava um atendimento individual com cada um. Qualquer usuário de serviço de saúde mental do município (até alguns de outros municípios, que tendo mudando de endereço, pediram para continuar no grupo) poderia participar. O grupo era realizado uma vez por semana, durante o período da manhã e mantinha uma média de 20 participantes a cada encontro. Sobre as características desse grupo, esta profissional afirmou:

Este grupo não é de psicoterapia. Não tem caráter confessional. Nosso grupo é operativo, tem uma atividade mediada. A intimidade pode ficar exposta e não é vivenciada como exposição, mas, como cuidado. A coordenação deve ser pulverizada. Tirar a coordenação só dos profissionais. Há lideranças no grupo. O projeto deve ser movido pela comunidade. Eles determinaram o formato. Nunca escrevi vai começar 7h.30min. e terminar 12h. É aberto. Tem paciente de vários lugares do município. O enquadre é feito por eles. O que distingue o (fala o nome do grupo) é a diversidade. É determinante que eles criem. Têm dias que propomos (atividades). Têm dias livre. Têm crianças, tem idosos. Tem o cafezinho que agrega. Têm os que estão na fila da saúde bucal. Tem a dramaturgia do espaço (refere-se a ser um espaço aberto, numa

varanda). *Eu me pergunto sobre o lugar da coordenação do grupo. Viganó¹³⁰ diz que o coordenador tem que transmitir um ânimo, independente de quem seja. Um grupo sem ânimo não se sustenta* (Psicóloga da UBS).

Conforme anteriormente relatado, a ideia era transformar esse grupo em uma cooperativa. Ressaltamos que nesse município não existia qualquer cooperativa de usuários dos serviços de SM, sendo o desenvolvimento dessa iniciativa um importante passo para a consolidação dos ideários da reforma psiquiátrica, conforme F. defendeu.

Na equipe do NASF, observamos importantes intervenções sendo desenvolvidas: uma ação de educação permanente sobre SM estava em curso, envolvendo os ACS do distrito; os profissionais estavam construindo uma pasta com informações sobre os vários pontos da rede SUS, tendo solicitado ao CEREST que escrevesse sobre seus serviços prestados e também estavam estreitando as relações com os profissionais do CAPS da região, tendo agendado reuniões regulares (inicialmente quinzenalmente, depois seria mensalmente) com uma psicóloga daquela unidade para a discussão das contrarreferências, visando à integralidade do atendimento dos casos. Outro ponto observado foi a disposição da equipe em aprender questões sobre SM. A pediatra chegou a admitir que *“a saúde mental é a que gera mais dúvidas”*, mas a própria psicóloga da equipe afirmou que aquele grupo de profissionais, sendo comparados com outros, tinha *“esse diferencial”* de querer discutir os casos de SM. Uma das fisioterapeutas, inclusive, manifestou o desejo de realizar grupos com a psicóloga, dada *“a relação direta da depressão com as dores nos corpos.”* Sobre o diferencial dessa equipe, a assistente social afirmou:

Isso, na saúde pública é fundamental: visão holística e querer aprender com o outro. A rede toda deveria ter. Eu sei até aqui, você sabe outra parte, ajuntar os saberes em prol do paciente. Fazemos isso...Tem que ter comprometimento, uma visão mais ampliada da saúde, essa disponibilidade para educação permanente, atendimento compartilhado, ter abertura para o conhecimento circular, não ficar só para ele. É um profissional com um olhar diferenciado para a saúde. O paciente é único, não é esfacelado (Assistente Social do NASF).

Outra sugestão apresentada, durante as discussões realizadas, foi que as ESF realizassem um planejamento de suas ações, de modo a criar diversos tipos de grupos. Segundo a assistente social, havia experiências nesse sentido em algumas unidades, com bons resultados para sair da lógica ambulatorial:

Equipes que fizeram classificação de todos hipertensos, por exemplo: os que estariam no grupo de 30 dias, 60 dias ou 90 dias. Montando os grupos, a pessoa seria atendida e medicada no dia do grupo. A demanda de porta de entrada diminuiu. Passou de 40 por dia para 10 (Assistente Social do NASF).

Também observamos uma disponibilidade da equipe do CEREST em pautar a discussão dos casos em suas reuniões e discutirem possíveis parcerias com o NASF, para o

¹³⁰ Carlos Viganó, psiquiatra e psicanalista radicado em Milão, Itália. É membro integrante da comissão de saúde mental da Associação Mundial de Psicanálise.

matriciamento em ST. A gerente da unidade também manifestou abertura para pensar nos tipos de suporte que eles poderiam oferecer às redes para o desenvolvimento de ações de reabilitação profissional/inserção no mercado de trabalho/inclusão produtiva: “*Agora nós vamos pensar.*”

6.2 Sobre a Vigilância em Saúde

*“Subiu a construção como se fosse máquina
Ergueu no patamar quatro paredes sólidas...
Seus olhos embotados de cimento e lágrima...
E tropeçou no céu como se fosse um bêbado...
Morreu na contramão atrapalhando o tráfego...”*

- Chico Buarque (*Construção*)

6.2.1 A Vigilância Epidemiológica

A notificação no SINAN dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho teve início, nesse município, em 2007. Ao longo de 9 anos e 4 meses (2007 – Abril de 2016), foram notificadas 113 ocorrências desse agravo, todas pelo CEREST (Tabela 1). As CIDs registradas foram F43.1¹³¹ e F43.0¹³².

Tabela 1 – Transtornos mentais notificados 2007 – Abril/2016

Ano da Notificação	Frequência
2007	2
2008	1
2009	3
2010	14
2011	7
2012	9
2013	13
2014	13
2015	43
2016	8
Total	113

Fonte: SINANET/GEVEPI/SMS. Acesso em 02.05.2016

¹³¹ Estado de estresse pós traumático.

¹³² Reação aguda ao estresse.

Destas notificações, 84% referiam-se a trabalhadores formais (empregados registrados, servidores públicos estatutários e celetistas e autônomos). Apenas 12,4% eram desempregados (Tabela 2).

Tabela 2 – Situação do mercado de trabalho

Situação do Mercado de Trabalho	Frequência	%
Empregado registrado	78	69,0%
Desempregado	14	12,4%
Servidor Público Estatutário	9	8,0%
Autônomo	4	3,5%
Servidor Público Celetista	4	3,5%
Outros	3	2,7%
Ignorado/Branco	1	0,9%
Total	113	100,0%

Fonte: SINANET/GEVEPI/SMS. Acesso em 02.05.2016.

Quanto às ocupações, as que tiveram mais notificações foram faxineiro com 15%, alimentador de linha de produção com 12,4% e motorista de ônibus urbano com 5.3%. Outras 56 ocupações tiveram registros. Apresentamos abaixo as ocupações que tiveram até dois registros (Tabela 3).

Tabela 3 – Ocupações notificadas segundo Código Brasileiro de Ocupação (CBO)

CBO	Ocupação	Frequência	%
514210	Faxineiro	17	15,0%
784205	Alimentador de linha de produção	14	12,4%
782410	Motorista de ônibus urbano	6	5,3%
998999	Ignorada	4	3,5%
421125	Operador de caixa	4	3,5%
763015	Costureira de reparação de roupas	3	2,7%
223505	Enfermeiro	2	1,8%
322205	Técnico de enfermagem	2	1,8%
411010	Assistente administrativo	2	1,8%
422105	Recepcionista	2	1,8%
422210	Teleoperador	2	1,8%
513205	Cozinheiro	2	1,8%
515105	Agente comunitário de saúde	2	1,8%
517410	Porteiros de edifícios	2	1,8%
517420	Vigia	2	1,8%
715210	Pedreiro	2	1,8%
782510	Motorista de caminhão	2	1,8%
	Diversos	43	38,1%
Total		113	100,0%

Fonte: SINANET/GEVEPI/SMS. Acesso em 02.05.2016.

Em relação ao sexo, as mulheres representaram 65,5% das notificações e os homens 34,5%. (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição por sexo

Sexo	Frequência	%
Masculino	39	34,5%
Feminino	74	65,5%
Total	113	100,0%

Fonte: SINANET/GEVEPI/SMS. Acesso em 02.05.2016.

Quanto à faixa etária, a mais prevalente foi a de 35-49 anos com 61,1%, seguidos da faixa 20- 34 anos com 26,5 % e por último a faixa 50 – 64 anos com 11,5 % (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição por faixa etária

Faixa etária	Frequência	%
20-34	30	26,5%
35-49	69	61,1%
50-64	13	11,5%
Ignorado/Branco	1	0,9%
Total	113	100,0%

Fonte: SINANET/GEVEPI/SMS. Acesso em 02.05.2016.

Por fim, em relação ao município de residência, 80,5% habitavam a cidade sede do CEREST, 17,7 % nos dois municípios referenciados e 1,8% da capital mineira (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição por município de residência

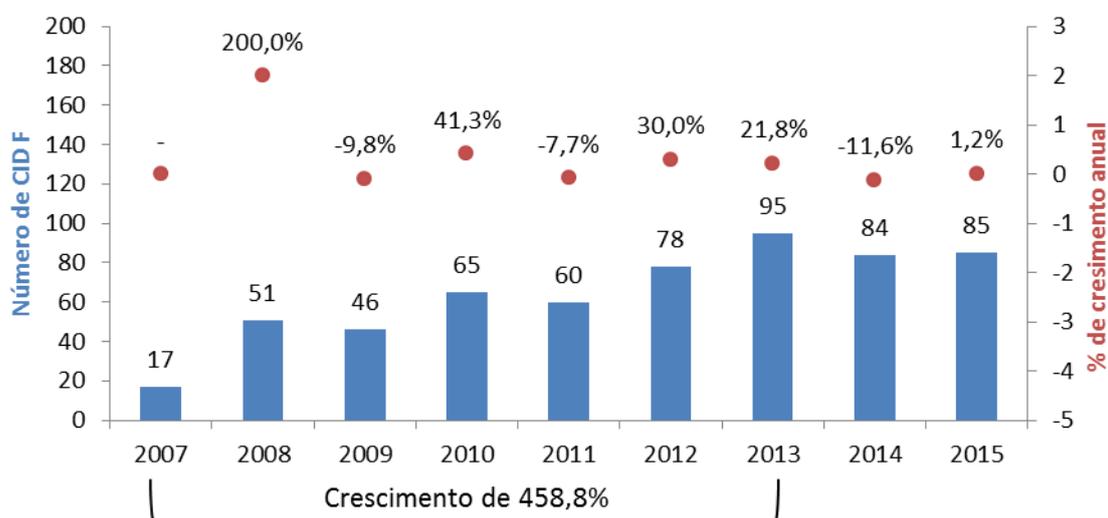
Município de residência	Frequência	%
Município sede	91	80,5%
Município referenciado 1	11	9,7%
Município referenciado 2	9	8,0%
Belo Horizonte	2	1,8%
Total	113	100,0%

Fonte: SINANET/GEVEPI/SMS. Acesso em 02.05.2016.

Portanto, em relação aos casos notificados no SINAN como transtornos mentais relacionados ao trabalho, a maioria é de trabalhadoras formais, que residem no município sede do CEREST, possuem idade entre 20 – 49 anos e teriam tido uma reação aguda ao estresse ou a vivência de estresse pós traumático.

Se compararmos os números de notificação desse agravo no SINAN com os fornecidos pelo Sistema Único de Informações de Benefícios (SUIBE) do INSS, referentes aos segurados domiciliados nesse município que receberam auxílios acidentários em função de adoecimento mental, veremos que os números são bem superiores. Se no período de 2007 a 2015 foram notificados 105 casos no SINAN, no INSS foram concedidos 581 benefícios de auxílio doença e 4 aposentadorias por invalidez, no mesmo período. Lembramos que o INSS concede esse benefício apenas para os trabalhadores com SAT. Portanto, os autônomos e os domésticos (até setembro de 2015) não estavam incluídos, além dos funcionários públicos e dos trabalhadores informais. Ainda assim, o número de segurados que tiveram seu adoecimento mental reconhecido como relacionado ao trabalho foi 5 vezes superior ao número de notificações no SINAN. Isso indica que esse agravo está subnotificado no SINAN, pois o sistema de informação do SUS abarca todos os trabalhadores, independente do vínculo empregatício. Observamos também que o reconhecimento do adoecimento mental relacionado ao trabalho tem crescido no INSS, desde a implantação do NTEP em 2007. O Gráfico 1 apresenta a evolução da concessão de benefícios acidentários por CID F nesse município, destacando o aumento de 458,8% do número de concessões entre 2007 e 2013.

Gráfico 1 – Evolução da concessão de benefícios acidentários por CID F nesse município



A próxima tabela indica que para o INSS os transtornos mentais relacionados ao trabalho (Grupo F da CID) são a 3ª maior causa de afastamentos do trabalho nesse município, como também apontam os dados brasileiros.

Tabela 7 – Concessão de auxílio doença por acidente de trabalho 2007 – 2015
no município estudado

CID	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total	%
S	519	754	634	749	813	750	683	628	447	5.977	58,10%
M	183	274	280	307	345	341	294	291	233	2.548	24,80%
F	17	51	46	65	60	78	95	84	85	581	5,60%
T	37	46	44	48	41	42	52	61	33	404	3,90%
G	29	20	28	29	26	27	16	25	20	220	2,10%
I	7	12	24	18	20	22	32	30	16	181	1,80%
K	2	8	22	22	23	20	14	17	16	144	1,40%
L	6	4	7	9	12	7	5	5	4	59	0,60%
J	5	5	5	8	6	3	3	4	4	43	0,40%
Z	0	2	5	6	9	8	3	4	3	40	0,40%
H	3	4	2	6	1	1	3	0	1	21	0,20%
A	3	1	2	1	0	4	3	0	0	14	0,10%
R	0	0	0	3	1	1	4	0	1	10	0,10%
D	0	3	2	1	0	1	1	1	0	9	0,10%
Y	0	0	0	0	1	1	3	2	1	8	0,10%
E	0	0	0	0	1	2	1	1	2	7	0,10%
B	0	2	1	0	1	2	0	0	0	6	0,10%
C	1	2	0	0	0	0	0	0	0	3	0,00%
N	1	0	0	0	0	2	0	0	0	3	0,00%
V	0	0	0	1	0	1	0	1	0	3	0,00%
X	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0,00%
O	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0,00%
W	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0,00%
Total Geral	813	1.188	1.102	1.274	1.361	1.313	1.212	1.155	867	10.285	100,00%

Fonte: SUIBE/INSS. Acesso em 22.01.2016

Já a Tabela 8 apresenta as CID agrupadas em relação à concessão de aposentadorias acidentárias. Nesta, os transtornos mentais aparecem em 8º lugar como motivo desse afastamento do trabalho. Entretanto, observamos que o grupo Z – Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde encontra-se em 3º lugar. Um dos transtornos mentais relacionados ao trabalho, o burnout – síndrome do esgotamento profissional, está nesse grupo. Algumas autoras como Alves (2015) justificam a junção dos grupos F e Z para a compreensão dos transtornos mentais relacionados ao trabalho. Parece-nos que estes fatores genéricos que influenciam o estado de saúde poderiam indicar um adoecimento mental não diagnosticado pelo perito do INSS.

Tabela 8 – Concessão de aposentadoria por invalidez por acidente de trabalho de 2007 – 2015 no município estudado

CID	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total	%
S	2	10	13	12	8	9	8	8	10	80	37,6%
M	3	4	8	16	14	2	0	8	6	61	28,6%
Z	0	0	0	1	3	4	5	3	9	25	11,7%
T	1	3	5	3	3	0	2	1	0	18	8,5%
J	0	1	4	0	0	1	0	2	0	8	3,8%
I	0	0	1	2	1	0	0	1	1	6	2,8%
G	1	0	1	1	0	0	2	0	0	5	2,3%
F	0	0	1	0	2	1	0	0	0	4	1,9%
Y	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0,9%
L	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2	0,9%
E	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0,5%
H	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0,5%
Total Geral	7	19	34	35	33	17	17	24	27	213	100,0%

Fonte: SUIBE/INSS. Acesso em 22.01.2016.

Os dados do SUIBE também evidenciam que as CID mais prevalentes na concessão dos auxílios doenças foram as referentes aos episódios e transtornos depressivos, com 38,9% dos casos, seguidos das reações ao estresse grave e transtornos de adaptação com 27,5% e dos outros transtornos ansiosos com 20,5% do total. Estes três grupos perfizeram 86,9% dos motivos das concessões desse benefício (Tabela 9).

Tabela 9 – Concessão de auxílio doença acidentário para residentes no município de 2007 a 2015 segundo CID agrupada

CID	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total	%
F32	9	19	20	15	25	35	31	34	38	226	38,9%
F43	8	21	15	18	15	20	23	24	16	160	27,5%
F41	0	6	7	20	13	13	29	15	16	119	20,5%
F31	0	3	2	7	2	4	4	4	5	31	5,3%
F44	0	1	0	1	0	2	2	0	1	7	1,2%
F10	0	1	0	0	0	0	2	2	2	7	1,2%
F29	0	0	1	2	1	1	0	1	1	7	1,2%
F40	0	0	0	1	2	1	0	0	2	6	1,0%
F19	0	0	0	0	0	1	2	1	1	5	0,9%
F14	0	0	1	0	0	0	1	1	2	5	0,9%
F23	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0,3%
F22	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	0,3%
F45	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0,2%
F48	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0,2%
F12	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,2%
F42	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0,2%
Total Geral	17	51	46	65	60	78	95	84	85	581	100,0%

Fonte: SUIBE/INSS. Acesso em 22.01.2016.

A Tabela 10 apresenta a concessão dos 4 benefícios de aposentadoria por invalidez, que tiveram o adoecimento mental reconhecido pelo INSS como advindo de suas ocupações. As CIDs referem-se a transtornos ansiosos e afetivo bipolar. O período é o mesmo, 2007 a 2015. Todos residentes neste município.

Tabela 10 – Concessão de aposentadorias por invalidez por acidente de trabalho por CID de 2007 a 2015

CID	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
F41.2						1				1
F43.1					1					1
F31.4					1					1
F31.5			1							1
Total			1		2	1				4

Fonte: SUIBE/INSS. Acesso em 22.01.2016.

Portanto, os dados do SUIBE indicam que o fenômeno do adoecimento mental relacionado ao trabalho é maior do que o apontado pelo SINAN. Também apontam para o reconhecimento crescente, por parte do INSS, dessa causa de afastamentos do trabalho. Acreditamos que a implantação do NTEP teve importância para visibilizar esse fenômeno. Os dados do INSS também identificam os transtornos depressivos e ansiosos como os principais motivos do afastamento do trabalho. Outro indicativo é a necessidade de compreender melhor se os fatores que influenciam o estado da saúde, responsável pela 3ª causa de aposentadorias por invalidez acidentárias no período estudado, não estariam relacionados a adoecimentos mentais não diagnosticados pelos peritos médicos do INSS, nem pelos assistentes.

Em relação a todos os agravos de ST, as duas tabelas a seguir mostram os números de notificação no período de 2010 a abril de 2016. Apesar de termos solicitado os dados do período entre 2007 e 2009, estes não nos foram repassados. Também não tivemos acesso aos dados sobre acidente de trabalho fatal e acidente de trabalho com criança e adolescente. A tabela 11 mostra as notificações realizadas no município. A tabela 12, o número das notificações dos residentes no município. Em ambas, os transtornos mentais ocupam o 6º lugar no número de notificações.

Tabela 11 – Frequência de notificações dos agravos relacionados à Saúde do Trabalhador notificados no município sede de 2010-Abril/2016

Agravos Saúde Trabalhador	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Acidente de trabalho grave	223	484	264	178	285	206	35	1.675
Acidente trabalho c/exposição a material biológico	101	171	212	128	173	183	43	1.011
LER/DORT	199	49	155	19	36	49	11	518
Dermatoses ocupacionais	59	9	23	6	11	15	2	125
Intoxicações exógenas	21	8	19	18	25	18	2	111
Transtorno mental	14	7	9	11	12	43	8	104
PAIR	3	18	3	0	1	1	2	28
Pneumoconiose	2	0	1	0	0	6	1	10
Câncer relacionado ao trabalho	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	622	746	686	360	543	521	104	3.582

Fonte: SINANET/GEVEPI/SMS. Acesso em 03.05.2016.

A tabela 12, mostra a frequência de notificações dos agravos relacionados à ST notificadas dos usuários residentes no município de 2010 a abril de 2016. Nessa, o número de transtornos mentais diminuiu de 104 para 85, mas continuava ocupando o 6º lugar do número de notificações.

Tabela 12 – Frequência de notificações dos Agravos relacionados à Saúde do Trabalhador residentes no município sede de 2010-Abril/2016

Agravos Saúde Trabalhador	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Acidente de trabalho grave	147	243	163	121	193	131	20	1.018
Acidente trabalho c/exposição a material biológico	56	85	103	81	97	107	20	549
LER/DORT	184	36	143	29	36	45	11	484
Dermatoses ocupacionais	55	8	16	5	11	14	2	111
Intoxicações exógenas	20	6	14	15	23	13	1	92
Transtorno mental	13	5	7	7	11	35	7	8585
PAIR	3	5	1	0	1	0	2	12
Pneumoconiose	2	0	1	0	0	6	1	10
Câncer relacionado ao trabalho	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	480	388	448	258	372	351	64	2.361

Fonte: SINANET/GEVEPI/SMS. Acesso em 03.05.2016.

Sobre as unidades notificadoras dos agravos de ST conforme anteriormente apresentado, em relação à notificação dos transtornos mentais relacionados ao trabalho, apenas o CEREST

estava atento a esta questão. No entanto, se observarmos o número de unidades notificadoras veremos que o sentido da vigilância aos agravos de ST (excluindo intoxicação exógena) estava deficitário. Nove unidades do SUS, além do CEREST notificaram esses agravos, em 2015, sendo apenas duas da APS (unidades localizadas em distritos diferentes ao pesquisado)¹³³.

Portanto, observamos que, de forma geral, é preciso desenvolver ações que promovam maior conhecimento e a vigilância a esses agravos. Especificamente em relação à notificação dos transtornos mentais relacionados ao trabalho, observamos o baixo número de notificações dos trabalhadores informais. Entendemos que seja necessária uma maior articulação, especialmente, com as unidades da APS, a fim de assegurar a atenção aos trabalhadores que são alvo prioritário do SUS. Também entendemos que todos os adoecimentos mentais que tiveram sua relação estabelecida com o trabalho devam ser notificados com as CID reais, pois assim teremos um retrato mais fiel da realidade, o que contribuirá para a compreensão do fenômeno. Lembramos que, no entendimento da psicóloga do CEREST apenas as CID F43.0 e F43.1 poderiam ser notificadas, dada a informação constante no formulário de notificação¹³⁴. Com o tempo, essa profissional passou a notificar também outros transtornos mentais, porém, os colocava como F43.1, acrescentando uma observação no formulário sobre a CID real. Entretanto, para alimentar o SINAN, apenas as CID preenchidas no campo específico para tal informação são registrados. Segundo informações da enfermeira do CEREST, que também trabalhava no setor de vigilância epidemiológica, embora houvesse essa informação no formulário, o sistema aceitava qualquer CID. Outro ponto importante concerne ao fato de que diferentemente dos dados do INSS que indicam tanto no Brasil quanto no município estudado, os transtornos mentais relacionados ao trabalho ocupando o 3º lugar como causa dos afastamentos das atividades laborativas, no SINAN desse município estes encontravam-se 6º lugar. Questionamos se não seria mais um sinal da baixa atenção a

¹³³As unidades notificadoras foram o CEREST, um centro de consultas especializadas, o hospital municipal, a maternidade municipal, três UPAS, duas unidades de saúde da família, a unidade de vigilância em saúde e o pronto atendimento e centro de promoção a saúde da Unimed (SINANET/GEVEPI/SMS).

¹³⁴ Conforme anteriormente apresentado existem 12 transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho presentes na portaria 1339/1999. No entanto no cabeçalho da ficha de notificação vem escrito o seguinte: “Definição de caso: Transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho são aqueles resultantes de situações do processo de trabalho, provenientes de fatores pontuais como exposição a determinados agentes tóxicos, até a completa articulação de fatores relativos à organização do trabalho, como a divisão e parcelamento das tarefas, as políticas de gerenciamento das pessoas, assédio moral no trabalho e a estrutura hierárquica organizacional. Transtornos mentais e do comportamento, para uso deste instrumento, serão considerados os estados de estresses pós-traumáticos decorrentes do trabalho (CID F43.1)” (Brasil, 2005).

esse fenômeno. O elevado número de mulheres, em relação aos dos homens, também é sugestivo de que devam ser realizadas ações para mobilização da atenção a estes últimos. Nesse sentido, entendemos que o funcionamento das unidades de saúde deveria não apenas ser ampliado, como sugeriam as psicólogas da UBS, mas que os usuários pudessem escolher as unidades do território de seu trabalho como referências. Assim, seria possível os trabalhadores acessarem os serviços de saúde de que têm necessidade. A faixa etária dos notificados também serve como um alerta, pois 87,6% estavam na faixa entre 20 – 49 anos, que seria o momento, geralmente, mais produtivo das pessoas, tendo o adoecimento consequências importantes na capacidade de produção desses trabalhadores.

6.2.2 A VISAT

Sobre a VISAT, desenvolvida por equipe específica dentro do CEREST e com a colaboração dos colegas, como a psicóloga da unidade, o médico da unidade relatou:

A demanda pra vigilância nasce aqui mesmo. Por exemplo, a gente quer ver o ambiente de trabalho pra ver se está adoecendo mesmo ou se é mais uma (não completou). A gente pede para ir na empresa tal. Chegam casos de uma mesma empresa. A gente vai agendando a Vigilância. Se acha um caso mais ou menos diferente assim a gente pega e vai também (Médico do CEREST).

A gerente do CEREST também registrou o atendimento de casos de denúncia, havendo a participação da psicóloga quando a equipe observa questões referentes à organização do trabalho. Os dados do SINAN não eram utilizados como critérios para a realização da vigilância nos ambientes de trabalho, segundo a assistente social, porque a maioria dos registros tinha uma ou duas ocorrências por empresa. De fato, na Tabela 3 observamos que a maioria das ocupações dos casos que foram notificados com transtorno mental relacionado ao trabalho teve um registro apenas.

Embora não tenhamos aprofundado a discussão sobre a VISAT com a equipe do CEREST, a psicóloga nos informou sobre as dificuldades de realizá-las, principalmente em relação aos trabalhadores domésticos. Segundo Leão e Minayo Gomez (2014) essa discussão é urgente devido ao aumento dos casos de adoecimento mental relacionados ao trabalho. No entanto, os CEREST, de modo geral, têm encontrado dificuldades para programar ações nessa direção. Esses autores afirmam que no SUS, geralmente, as práticas relacionadas ao atendimento das questões de SM&T estariam direcionadas ao reconhecimento, diagnóstico, notificação e tratamento dos doentes, sem intervenções nos ambientes que contribuíram para esse

adoecimento. Eles apontam como “estratégia fundamental” para aprimorar os registros de atendimentos e as notificações no SINAN a “interlocação estreita e permanente dos CEREST com os serviços de Atenção Básica, equipes de saúde da família e programas na rede de saúde loco-regional, particularmente neste caso com os CAPS” (p.4653).

No sentido de contribuir para o desenvolvimento das ações de vigilância nos ambientes de trabalho, Leão e Minayo Gomez (2014) ressaltaram que a distinção rígida entre os aspectos objetivos e subjetivos do trabalho seria uma simplificação da realidade, sendo necessário a VISAT “sobrepular a segmentação entre o lado de fora e o lado de dentro dos sujeitos” (p.4653). A escolha de modelos de vigilância baseados apenas no levantamento dos riscos a que os trabalhadores estariam expostos não daria conta de abarcar as questões do trabalho, especialmente, as relacionadas à SM que, apesar, de suas especificidades não poderiam ser tratadas de forma isolada, “uma vez que todo aspecto material, simbólico, social do trabalho está interligado com os sujeitos” (p.4653). Visando contribuir para a construção de intervenções da VISAT nessa área, os autores propuseram que todo sistema de trabalho fosse avaliado, considerando o ambiente e os processos de trabalho, os postos, os equipamentos, as características dos trabalhadores, as operações, as atividades, os fluxos, os inventários, os mecanismos de gestão, a cultura organizacional, entre outros. O objetivo seria avançar “no que tange à desnaturalização da organização do trabalho” (p.4654). Para isso, seria necessário caracterizar o tipo de setor e os processos de gestão, investigando os seguintes eixos: organização do tempo e intensidade de produção, práticas de gestão, cultura organizacional, relações interpessoais, atividade e autonomia, relação dos sujeitos com sua atividade, situações relativas ao vínculo de trabalho e questões externas ao processo de trabalho. Os autores também recomendaram a verificação dos documentos relativos à saúde e segurança, como o número de afastamentos do trabalho, as taxas de frequência e a gravidade de acidentes e doenças profissionais, os índices de absenteísmo e de turnover, além das práticas de controle médico em saúde mental, as atas da Comissão Interna de Prevenção de Acidente (CIPA), os programas existentes de qualidade e as práticas de gestão: missão e visão da empresa, regras escritas, mecanismos de incentivos e premiações, relatórios de gestão e índices de produtividade, entre outras.

Para esses autores, parte fundamental do trabalho da VISAT seria a mobilização dos trabalhadores, pois estes seriam os sujeitos das transformações necessárias, contribuindo para a identificação dos problemas e das soluções. Eles afirmaram: “O reconhecimento e a melhor identificação das origens do sofrimento nos elementos da organização do trabalho, inclusive,

dependem mais do olhar dos trabalhadores do que dos próprios técnicos” (Leão & Minayo Gomez, 2014, p.4656). Assim, poderiam ser utilizadas entrevistas abertas com trabalhadores e gestores e, ainda, reuniões ampliadas com representações de trabalhadores e especialistas naquele tipo de trabalho. A proposta seria que a ação da VISAT provocasse diálogos entre os vários atores do processo, a fim de promover a compreensão do cotidiano de trabalho, com suas fontes de sofrimento e as saídas possíveis. Portanto, o papel da equipe da VISAT seria o de possibilitar e fortalecer o que os trabalhadores trazem sobre esse cotidiano de trabalho, aliando (e transformando) os saberes técnicos, com vistas a sistematizar as recomendações para as mudanças requeridas, bem como acompanhar a sua implantação e efetividade, em um processo sempre dialógico com os atores responsáveis (Leão & Minayo Gomez, 2014).

Infelizmente, não temos condições, dados os limites desta pesquisa, de aprofundar nas questões da VISAT. Acreditamos que novas pesquisas são necessárias nessa área e que os estudos e as intervenções nos ambientes de trabalho que o grupo coordenado na França por Clot (2007 e 2010) poderão contribuir para o avanço necessário da VISAT, a fim de abarcar em suas ações as questões referentes à SM&T. Em relação ao funcionamento da VISAT neste município, acreditamos ser necessária a adoção de critérios mais objetivos para a escolha dos ambientes de trabalho que serão visitados, incluindo os domésticos, a utilização dos dados do SINAN, bem como o aprofundamento de metodologias que possam contribuir para o desenvolvimento dessa ação. Afinal, como nos diz a canção “Atenção, precisa ter olhos firmes. Pra este sol, para esta escuridão. Atenção, tudo é perigoso... É preciso estar atento e forte...” (Velooso, 2003, p.66).

6.3 Sobre a Educação em Saúde

*“Sem trabalho, eu não sou nada
Não tenho dignidade
Não sinto o meu valor
Não tenho identidade
Mas o que eu tenho
É só um emprego
E um salário miserável...”*

- Renato Russo (Música de trabalho)

Considerando a atribuição do SUS de ordenar a formação na área da Saúde (Brasil, 1988) o MS tem desenvolvido, ao longo do tempo, várias estratégias voltadas para a adequação da formação e qualificação dos trabalhadores de saúde às necessidades de saúde da população e ao desenvolvimento do próprio SUS, instituindo, inclusive, uma política de educação

permanente para esses trabalhadores (Brasil, 2007). Uma dessas estratégias é a produção de materiais orientativos para as práticas a serem desenvolvidas na organização dos serviços para o atendimento integral aos usuários do sistema. A perspectiva é de aproximação dos processos educativos das situações concretas de trabalho, de forma a produzir reflexões sobre os problemas das práticas profissionais, valorizando os processos de trabalho nos seus contextos. Sendo assim, faremos breves considerações sobre as duas publicações mais citadas pelos profissionais entrevistados como fonte de consulta para a realização dos atendimentos aos usuários com questões referentes à SM. Obviamente, esses materiais não foram os únicos recursos teóricos utilizados por eles, mas, foram os mais lembrados como suportes do apoio técnico-pedagógico oferecido pelo SUS para o desenvolvimento de suas atividades. Nosso foco ao estudar essas publicações foi o de observar como as questões do trabalho dos usuários do SUS foram tratadas nesses materiais.

A publicação citada por todas as equipes da APS é aquela conhecida como “Linha Guia” sobre Atenção em SM (Brasil, 2006)¹³⁵. Esta versa sobre o cuidado em SM no território. Apresenta um histórico da reforma psiquiátrica brasileira e em Minas Gerais, a proposta de uma organização da assistência em SM, a rede de atenção à SM, incluindo as UBS sem SF, as ESF, os CAPS e outros serviços. Também discute questões referentes à reabilitação psicossocial, às oficinas terapêuticas, aos grupos e associações de produção solidária, às ações intersetoriais necessárias para a realização do atendimento, ao controle social, à caracterização do sofrimento mental grave, às abordagens e aos tratamentos, à questão do uso abusivo de álcool e drogas e às formas de atenção à criança e ao adolescente, além do “portador de sofrimento mental” autor de ato infracional. Finaliza apresentando questões sobre a legislação, o financiamento e o sistema de informação em SM.

A concepção de saúde proposta nessa publicação é a da saúde coletiva, incluindo o trabalho como um dos direitos fundamentais do ser humano e parte da luta pela justiça social. A proposição é a de que as questões de saúde sejam vistas de forma ampla e envolvendo o exercício da cidadania. A defesa é a de uma política de atenção à SM que prescindia do hospital psiquiátrico e sua lógica, assegurando a todos os usuários o acesso a uma rede de cuidados de base territorial, onde lhe sejam ofertadas oportunidades de tratamento as suas questões de saúde, que contribuam para sua autonomia e participação cidadã. A clientela prioritária para o atendimento constitui-se dos “portadores de neuroses e psicoses graves”,

¹³⁵ Minas Gerais (2006). Atenção em Saúde Mental. Saúde em casa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde.

considerando também as pessoas que possam estar vivendo “situações e circunstâncias, por exemplo, de abalo emocional” (p 46).

Sobre as questões referentes ao trabalho, a publicação foca na possibilidade do trabalho enquanto laço social, incentivando os profissionais a abrirem essa perspectiva ao longo do tratamento dos “portadores de sofrimento mental”. Enfatiza a importância da oferta constante de atividades interessantes e participativas, de acordo com os gostos dos usuários e respeitando suas escolhas, a fim de “romper tanto com o ócio forçado, quanto com o trabalho também forçado que caracterizam o hospital psiquiátrico” (p.63). Um capítulo é dedicado à proposta de “conquista do trabalho”, por meio de grupos e as associações de produção solidária. A proposição é do desenvolvimento de atividades que os usuários gostem, tenham habilidades para fazer e, ao mesmo tempo, tenham possibilidades de serem comercializadas. Há o incentivo para o desenvolvimento de ações de aprimoramento da qualidade da produção, inclusive, com o encaminhamento dos usuários para cursos de qualificação profissional. Também ressaltam a importância desses aprenderem a gerir a cooperativa, desenvolvendo habilidades e técnicas para o trabalho. A proposta da economia solidária se dá pelo reconhecimento da existência de condições adversas no mercado vigente, que retira do trabalho “o seu potencial de criação e transformação”(p.75). A vivência do desemprego, os trabalhos precarizados e informais e, ainda, as exigências abusivas dos empregadores e das empresas são algumas dessas condições adversas. Para os usuários com quadros graves estáveis que estão ou desejam serem empregados, a orientação aos profissionais de saúde é de “secretariá-los” e se for necessário, fazer contatos “com o chefe no trabalho”, dentre outros (p.148). A publicação trata da importância das intervenções psicossociais para a reabilitação desses usuários: “O exercício da cidadania é indissociável da participação política e social, sem intervir nas relações de poder que estabelecem a constituição dos saberes, as condições de trabalho, as relações sociais, é inútil usar palavras como direitos e cidadania” (p.50).

No entanto, ainda que sejam consideradas as condições adversas de trabalho e a necessidade de intervenções que as transformem, não observamos referências ao trabalho como fator que favorece o adoecimento mental das pessoas. Ele é apontado como um suporte social importante, sugerindo-se que seja analisado a fim de possibilitar sua “conquista” pelos usuários. Nas sugestões de roteiro para uma entrevista inicial, há a recomendação de que se identifique a profissão dos usuários¹³⁶. Anteriormente houve o apontamento de que um dos

¹³⁶ O ideal seria que fosse indagada a ocupação, prioritariamente, posto que nem sempre as pessoas trabalham segundo as profissões de sua formação.

sinais de uma crise grave é a ruptura com atividades habituais, dentre elas, o trabalho. Existe também a proposta de se analisar o impacto da doença no trabalho, assim como nas outras atividades e relações do usuário. Mas, não há qualquer referência sobre como investigar os possíveis impactos do trabalho no adoecimento mental. A situação de trabalho aparece, junto com outros elementos, dentro do item “História pessoal, atual situação de vida: relações amorosas, afetivas, familiares, situação no trabalho e no convívio social”. Todavia, não há referências ao trabalho quando o roteiro para a elaboração do projeto terapêutico individual trata da reinserção social, ainda que a orientação seja a de abordar os problemas sociais imediatos vivenciados pelos usuários e de propor ações para a garantia de seus direitos como, por exemplo, providenciar documentos pessoais e pernoites em abrigo. A proposição é que sejam planejadas com o usuário as ações para sua re-inserção social a médio e a longo prazo, incluindo seus laços familiares e sociais, aspirações e dificuldades.

Por fim, a publicação chama a atenção para o uso de benzodiazepínicos (caracterizados por propriedades ansiolíticas, hipnóticas, anticonvulsivantes e miorrelaxantes) como formas de medicalização de problemas pessoais, sócio familiares e profissionais, indicando que essas questões deveriam ser elaboradas no atendimento, visando o desenvolvimento da autonomia dos usuários e não sua dependência, inclusive, na crença de que os remédios resolverão seus problemas. Também apontam para a necessidade das articulações intersetoriais, incluindo a política do trabalho, para a atenção aos usuários com uso abusivo de álcool e drogas.

Assim, observamos que ainda que haja o reconhecimento da existência de condições adversas de trabalho e de que os usuários possam enfrentar problemas advindos de suas vivências no âmbito laboral, as principais orientações aos profissionais de saúde são no sentido de ofertarem os apoios necessários para a conquista de uma atividade de trabalho. Acreditamos que a linha editorial seguida, assumidamente, de inspiração psicanalítica possa ter contribuído para que as várias dimensões do trabalho não tenham sido abordadas. Lima (2011) indicou que, apesar das muitas contribuições dessa teoria para a compreensão das questões psíquicas, falta a ela um aprofundamento na análise da categoria trabalho como fundante do ser social e da própria constituição humana.

A outra publicação mencionada pela equipe do NASF trata, especificamente, das ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano dessa equipe.¹³⁷ Encontramos apenas uma referência à investigação do trabalho do usuário, quando é proposta a utilização de um instrumento para mapear as redes sociais das famílias – o ecomapa. Este instrumento objetiva

¹³⁷ Brasil (2014). Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Caderno de Atenção Básica nº 39). Brasília: Ministério da Saúde.

representar as interações sociais da família em determinado momento, servindo à equipe como forma de visualizar os apoios e as deficiências existentes no campo dessas interações.

Destacamos, pelo menos, duas ausências significativas. Uma delas é a falta de menção ao CEREST como uma das unidades a serem integradas ao trabalho desenvolvido pelos NASF, sendo feitas referências às equipes de consultórios de rua, das academias da saúde, dos CAPS, do serviço de atenção domiciliar e até mesmo de unidades de outras políticas setoriais como os Centros de Referências de Assistência Social (CRAS), os Centros de Referências Especializados de Assistência Social (CREAS) e as escolas (programa saúde na escola). A outra ausência encontra-se na apresentação de um exemplo de um caso clínico ilustrativo de situações comuns de acesso ao NASF. Apesar de esse tratar-se de uma mulher, vigilante noturna, com dificuldades para dormir e uma tentativa de autoextermínio, nenhuma discussão sobre seu trabalho foi apresentada. Eis a descrição do caso:

Janete tem 42 anos, trabalha como vigilante noturna e é mãe de quatro filhos. Está divorciada há dois anos, período em que começou a sentir dificuldades para dormir. Em função disso e também por problemas de relacionamento com o genro, que vive com ela, e a filha mais nova, procura atendimento na UBS. Durante a consulta com o médico de família disse que necessitava muito de uma psicóloga, uma vez que se sentia solitária e precisava de alguém para conversar (p.82).

Diante desse quadro, o médico indicou um ‘ansiolítico natural’ e solicitou apoio do NASF. A equipe optou por um atendimento domiciliar compartilhado, envolvendo ACS, médico de família e farmacêutica do NASF. Ao realizarem a visita, os profissionais souberam que a usuária havia tentado suicídio com ingestão exagerada de medicamentos para dormir e estava sendo encaminhada para hospital. Os profissionais fizeram o genograma e ecomapa da família e após alta da usuária, realizaram nova visita. Ela foi indicada para grupo com psicóloga do NASF, acompanhamento da farmacêutica e visitas regulares dos ACS. Como vimos, não foram investigadas as questões do trabalho, indicando apenas que a vivência do divórcio e demais dificuldades familiares contribuía para seus sintomas. No entanto, o próprio Manual de doenças relacionadas ao trabalho (Brasil, 2001) orienta os profissionais de saúde a investigarem as condições e organização do trabalho, especificando inclusive, os riscos dos trabalhadores noturnos desenvolverem dificuldades de dormir, dentre outros sintomas.

Com isso, observamos a necessidade da ST ser pautada em todas as publicações do SUS que orientam os profissionais. A breve análise que fizemos dessas duas publicações sugerem a ausência ou a superficialidade ao tratamento das questões do trabalho, pelo menos na sua dimensão patogênica. Conforme anteriormente relatado, ainda falta o estabelecimento de uma linha de cuidado em SM&T, existindo apenas orientações gerais sobre este tema no Caderno de ST na APS. Não obstante, mesmo havendo publicações específicas, acreditamos que seria

produtivo para a compreensão dos profissionais do SUS se as concepções e orientações em ST fossem desenvolvidas em todas as linhas de cuidado. Para tal ação há a necessidade de integração da área programática de ST das instâncias gestoras (como secretarias municipais, estaduais e MS) com as demais. Destacamos ainda a importância desses materiais orientativos do SUS contemplarem os saberes dos usuários do sistema nas suas concepções e organização, pois como bem lembrou uma das psicólogas entrevistadas, o trabalho interdisciplinar começa na relação entre o usuário e os profissionais de saúde. É crucial que escutemos sua voz em todos os processos e construções de um sistema de saúde realmente resolutivo.

Também ressaltamos a necessidade da articulação constante dos órgãos gestores do SUS com as instituições de ensino para a inclusão e o desenvolvimento de estudos em ST nos cursos de formação dos profissionais de saúde, além do investimento nos processos de educação permanente em ST para os trabalhadores do SUS, conforme Portaria GM/MS nº 1.996/2007 que dispôs sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2007). Como relatamos apenas duas profissionais da APS mencionaram haver estudado em suas graduações a relação entre o trabalho e o processo de saúde-doença e nenhum deles teve acesso a discussões teóricas e práticas sobre ST no exercício de seu trabalho.

Observamos, portanto, que as equipes da APS além de terem dificuldades para desenvolverem suas atividades, como a falta de profissionais, territórios maiores ao preconizado e instalações físicas precárias, também não puderam contar com os apoios necessários para desenvolverem sua compreensão e atuação nas questões referentes à ST. A distância entre os profissionais do CEREST e as equipes observadas da APS, a ausência de espaços para o debate de temas em ST e, ainda, a falta de aprofundamento das questões de ST nos materiais que orientam os profissionais de saúde podem ter contribuído para suas dificuldades em tratar o trabalho como uma categoria importante para a compreensão e condução dos três casos de adoecimento analisados nessa pesquisa.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Se Deus quiser,
Quando eu voltar do mar
Um peixe bom eu vou trazer...”*

- Dorival Caymmi (História de pescadores)

Esta pesquisa evidenciou a importância da construção de projetos terapêuticos que contemplem a biografia dos usuários do SUS, sendo o trabalho uma categoria fundamental para a compreensão das trajetórias e das condições de vida das pessoas. Acreditamos que esta proposta de visão do trabalho, não meramente como levantamento de riscos e exposições, mas como categoria fundante do ser humano e da sociedade, seja essencial para a concretização da concepção de saúde coletiva, base do nosso sistema público de saúde. As ocupações das pessoas, suas formas de empregarem o tempo, seus medos, seus sonhos, seus acessos, seus apoios sociais, as opressões vividas e as saídas construídas são questões, dentre outras, que impactam a saúde, sobretudo, a mental. Quando afirmamos a importância do entendimento do trabalho como categoria central para a análise e as intervenções em saúde, reconhecemos os sentidos diversos que os sujeitos podem construir sobre essa atividade em suas vidas. Como Clot (2007) nos exortou, “o lugar do trabalho não é idêntico para todos.” (p.84). Essa análise contribuiria para a compreensão das questões sociais vivenciadas pelos sujeitos e dos modos como estes se relacionam com essas indagações em suas vidas, suas capacidades e seus apoios para explorarem e transformarem suas realidades.

Nesse sentido, é preciso que os profissionais de saúde focalizem mais os sujeitos que atendem do que suas queixas e sintomas. O atendimento em saúde é artesanal, como escreveram os editores da linha guia estadual de SM: “Todo cuidado é uma espécie de artesanato: não pode ser feito em série. Trata-se de um laço singular que se tece um a um, sem exceção.” (Minas Gerais, 2006, p.42).

Como vimos, dada à mudança do perfil de adoecimento da população brasileira, torna-se imprescindível a transformação efetiva da forma de atendimento às suas questões sanitárias. O modelo biomédico que tem sido tradicionalmente a base da formação dos trabalhadores da saúde, por privilegiar as questões biológicas, não consegue abarcar a complexidade das formas de adoecimento crônicas, dentre elas as referentes à saúde mental. Tampouco, nos parece adequado para tratar das questões da ST como um todo. Uma abordagem que compreenda o ser humano constituído socialmente e sujeito de sua história exige uma postura receptiva dos profissionais de saúde aos dramas dos usuários, visto que as soluções e as

respostas para seus problemas serão construídas na relação entre eles, não estando apenas nas mãos dos que detêm os saberes técnicos. A construção das saídas possíveis para potencializar a saúde, entendida como capacidade de ação dos sujeitos será com a participação ativa desses sujeitos, a começar pela visão de que são eles os protagonistas dessa história.

Assim como Deusdedit-Júnior (2014) observou, a análise tanto das práticas profissionais no SUS, quanto do trabalho dos seus usuários, possibilitaria o desenvolvimento de ações mais eficazes para a tão preconizada atenção integral à saúde. Ao responder algumas das questões existentes para a condução dos casos e as necessárias intervenções nos ambientes laborais, essa análise do trabalho sempre traria novas interrogações, atualizando e provocando outras frentes para o desenvolvimento dos usuários, dos profissionais de saúde e do próprio SUS. Conforme escreveu Clot (2007):

o trabalho é sempre uma prova, entendendo-se pelo termo uma situação que não oferece todas as respostas às questões que ela mesma levanta: uma situação que convoca então o sujeito, remetendo-o aos outros, a si mesmo, ao objeto de seu trabalho e a seus instrumentos de ação e, por fim, aos esperados genéricos de sua atividade (p.111).

Destarte as contribuições dos diversos saberes são fundamentais para o atendimento em saúde mental, a começar pelos dos usuários e, também, pelas trocas necessárias entre as diversas disciplinas. Nesta pesquisa, observamos como a terapia ocupacional, o serviço social, a psicologia e a psiquiatria têm muito a oferecer na compreensão do fenômeno SM&T e no atendimento aos usuários e demais intervenções. Chamamos atenção, ainda, para a importância de uma psiquiatria que não se atenha apenas à medicação dos usuários, mas que indague e construa propostas para a compreensão dos dilemas vividos pelo ser humano, como aquelas que Le Guillant, Tosquelles e Veil, por exemplo, buscaram construir. Do mesmo modo, parecem-nos fundamentais as contribuições das psicologias que reconheçam a subjetividade como uma produção inter-relacional, estreitamente ligada às experiências concretas de vida e que busquem meios diversos para se fazerem úteis no atendimento às pessoas que delas necessitem. Além das concepções filosóficas, como as de Canguilhem sobre o processo de saúde e adoecimento.

Ressaltamos, ainda, a importância de outros conhecimentos, como os artísticos, para o desenvolvimento da assistência aos usuários dos serviços da saúde mental. O grupo coordenado pela psicóloga da UBS e por F. indica um caminho promissor para fazer avançar a reforma psiquiátrica, sendo necessária a realização de pesquisas específicas sobre seu funcionamento, sobre os modos de atenção à SM no território, da relação entre as produções artísticas e a SM, e os desafios de produzir inclusão social fundada no trabalho. Consideramos

necessário e urgente o reconhecimento desse trabalho como parte integrante da assistência à saúde do SUS, com os devidos arranjos organizacionais, incluindo a formalização de F. como profissional de saúde e a operacionalização de projetos de reabilitação profissional e inclusão produtiva, como a proposta da cooperativa de usuários dos serviços de saúde. Ainda sobre a assistência à saúde mental, parece-nos uma estratégia eficiente para a adesão e desenvolvimento da atenção aos usuários, a modalidade de grupo operativo com coordenação compartilhada, como o desenvolvido na UBS estudada, sugerindo que essa experiência possa ser ampliada em outros territórios.

A comunicação entre os pontos da rede é também um ponto a ser destacado nesta pesquisa, visto ser crucial para a eficiência do sistema. Assim, exige que os profissionais e gestores invistam em estratégias que possam desenvolver as trocas necessárias entre os serviços e os profissionais, como uma organização de trabalho que possibilite regularmente a discussão e o planejamento das ações, o desenvolvimento do matriciamento como um modo realmente inovador e democrático de organização do trabalho e de metodologia em saúde, além da participação nos vários fóruns de debates e espaços coletivos de aprendizagens significativas, isto é, aquelas realizadas a partir dos problemas concretos vivenciados no cotidiano de trabalho. Nesse sentido, compreendemos que a comunicação está diretamente relacionada à forma de organização dos serviços e aos processos de educação permanente dos trabalhadores. Quanto mais diversas forem as trocas e os apoios, mais ricas serão as práticas profissionais e os resultados do trabalho promissores.

Também destacamos a importância de se considerar nos arranjos organizacionais dos serviços de saúde, as necessidades dos usuários, compreendendo, inclusive, que a atenção de base territorial contempla as relações objetivas e subjetivas que as pessoas e os coletivos podem estabelecer para além dos limites geográficos de onde residem. Abrange, ainda, o entendimento de que esses espaços sociopolíticos são dinâmicos, com diversos trabalhadores residentes e não residentes, executando atividades de trabalho em locais públicos e privados – empresariais, comerciais, de serviços, domiciliares e domésticos.

Não poderíamos encerrar sem antes registrar alguns dos limites desta pesquisa. Devido à nossa escolha de aprofundar a coleta de dados, nos dedicando aos achados empíricos, tivemos pouco tempo para analisar outras pesquisas sobre o mesmo tema e como nossos achados dialogariam com estes estudos, bem como analisar teoricamente os elementos estruturantes da rede SUS e aprofundar no exame dos dados do SINAN e do SUIBE. Notamos a necessidade da realização de outras pesquisas relacionadas ao desenvolvimento do sistema público de

saúde. Percebemos a pertinência de estudos sobre as modalidades de grupos que seriam eficazes na APS para o atendimento dos usuários com doenças crônicas, considerando os saberes interdisciplinares e dos próprios usuários. Outra pesquisa importante seria sobre as questões envolvendo a reabilitação profissional no SUS, com propostas de atuação conjunta entre a APS e o CEREST, incluindo a possibilidade de formação de cooperativas, formas de empreendedorismo e inclusão no mercado produtivo. Também se faz necessário o aprofundamento no funcionamento da VISAT, considerando as questões de SM e do público alvo da PNST – os trabalhadores com vínculos precários, como os domésticos e informais de trabalho. Observamos a necessidade de estudos que problematizem e especifiquem a assistência a ser desenvolvida pelo CEREST, para além do estabelecimento da relação entre adoecimento e trabalho, bem como a abrangência das atribuições de suporte técnico, educação permanente e vigilância à saúde. Sobre esta última ação, faz-se necessário pesquisar estratégias para o seu desenvolvimento em todos os pontos da rede e de como o SINAN pode ser um instrumento de produção de conhecimentos orientativos para a gestão e o cotidiano de trabalho. Por fim, outra necessidade fundamental é a realização de estudos que indiquem as possibilidades de promover a inclusão dos saberes da ST e dos usuários na produção dos materiais educativos sobre a APS e a SM e nos processos formativos dos profissionais.

Vale registrar a cobrança que recebemos da técnica de enfermagem do CEREST, que afirmou, ao final da devolutiva parcial da pesquisa que realizamos nessa unidade: *“Você trouxe vários casos de fora e nenhum de dentro (de servidores). Eu gostaria que você trouxesse um caso desse, porque existe e está crescendo”*. Reconhecemos que as questões relacionadas às condições de trabalho e à saúde dos profissionais de saúde margeou toda essa pesquisa, desde as vivenciadas pela pesquisadora, até os relatos e observações dos variados profissionais entrevistados. Isso é indicativo da premência de estudos que aprofundem os impactos do trabalho no SUS na saúde dos seus trabalhadores, bem como a relação entre a saúde desses profissionais e os serviços ofertados à população. Outro aspecto importante concerne à análise das consequências da implantação das chamadas novas formas de gestão do trabalho em saúde que, em nome da melhor eficiência do sistema, tem importado técnicas (já antigas) do mundo empresarial para a condução de políticas públicas, aumentando o controle dos processos de trabalho e, em muitos casos, reduzindo direitos trabalhistas, sem a devida análise dos resultados práticos que têm produzido. Entendemos que a relevância desses estudos se concretizará na medida em que possibilitarem a construção de conhecimentos e práticas que possam servir para o empoderamento dos trabalhadores em saúde. Afinal, como

escreveu Bakhtin (1984, p. 358, citado por Clot, 2007): “Quanto melhor o homem compreende a sua determinidade (a sua materialidade), tanto mais se aproxima da compreensão e da realização de sua verdadeira liberdade” (p. 98).

Para finalizar, lembramos F. ao fazer a defesa do sistema público de saúde: “*O SUS funciona... a gente tem noção do avanço que é*”. Esta também é nossa defesa e nossas considerações visam seu contínuo progresso. Para isso, o desenvolvimento da atenção a Saúde do Trabalhador é imprescindível. Nesse sentido, tomamos de empréstimo a metáfora de Solanes, utilizada por Clot (2009), que ao defender a abrangência da ergoterapia nas instituições de saúde, propôs que essa prática não fosse um órgão específico dentro do estabelecimento sanitário, mas funcionasse como um sistema hormonal, isto é, alastrada por todos os setores. Da mesma forma, pensamos a amplitude da ST no sistema público de saúde, para que não fique setorializada em pontos específicos do SUS. Pelo contrário, pois, assim como o sistema endócrino orienta o conjunto das reações químicas de todo organismo, que a concepção do trabalho como categoria central no processo de saúde-doença, bem como as intervenções em ST, se alastrem e se constituam como estrutura de todo o sistema, gerando a produção e o crescimento da potência de saúde de seus usuários e trabalhadores. Desse modo, que faça circular os conhecimentos produzidos nessa relação, oxigenando as práticas profissionais, de modo a descartar antigas concepções moralizantes e mantendo todos aquecidos na perspectiva de transformar a realidade, por meio do trabalho, que é a nossa assinatura no mundo. Finalmente, que o sofrimento seja reduzido e o “*SUS que funciona*” seja ampliado e juntos construamos o mundo sonhado por F.: “*um mundo de amor, mais na frente.*”

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adorocinema. (2016). *Que horas ela volta?* Recuperado em 23 de abril de 2016, de <http://www.adorocinema.com/filmes/filme-231230/>
- Alves, N.C.R. (2015). *A construção sociopolítica dos Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados ao Trabalho*. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: texto revisado (DSM-IV-TR)*. Artmed.
- Atlas do Brasil. (2016). *Perfil de municípios*. Recuperado em 11 de julho de 2016, de http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/5164
- Bahia. (2014). *Protocolo de atenção à saúde mental e trabalho*. Salvador: DIVAST.
- Bendassolli, P.F e Soboll, A. F. (2011). Introdução às clínicas do trabalho: aportes teóricos, pressupostos e aplicações. In *Clínicas do Trabalho – Novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade*. São Paulo: Atlas S. A.
- Biblioteca virtual em saúde. (2016). *O que é carga de doença*. Recuperado em 01 de julho de 2016, de <http://cargadedoenca.fiocruz.br/php/level.php?lang=pt&component=19&item=2>
- Billiard, I. (1996). Les conditions historiques et sociales d'apparition de la psychopathologie du travail en France. In : Clot, Y. *Les histoires de la psychologie du travail*. Paris: Octares. (Tradução livre de Maria Elizabeth Antunes Lima).
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado.
- Brasil. (1990a). *Lei 8080*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República.
- Brasil. (1990b). *Lei 8142*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Presidência da República.
- Brasil. (1991). *Lei 8213*. Dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília: Presidência da República.
- Brasil. (1999a). *Portaria 1339*. Institui a lista de doenças relacionadas ao trabalho, a ser adotada como referência dos agravos originados no processo de trabalho no Sistema Único de Saúde, para uso clínico e epidemiológico. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (1999b). *Decreto nº 3048*. Aprova o regulamento da Previdência Social e dá outras providências. Brasília: Presidência da República.

- Brasil. (2001a). *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2001b). *Cadernos de Atenção Básica – Saúde do Trabalhador. N.5*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2002). *Portaria 1679*. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2004). *Portaria 777*. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2005a). *Protocolo para diagnóstico, acompanhamento e vigilância dos agravos à saúde mental relacionados ao trabalho*. Brasília: Ministério da Saúde. (Esteve em consulta pública em março de 2005, não estando mais disponível)
- Brasil. (2005b). *Ficha de investigação de doença relacionada ao trabalho – transtornos mentais relacionados ao trabalho*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2007). *Portaria GM/MS 1.996*. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2010). *Portaria 4279*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2011a). *Decreto 7602*. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho. Brasília: Casa Civil
- Brasil. (2011b). *Portaria nº 2.488*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2012a). *Portaria 1823*. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2012b). *Portaria 3124*. Redefine os parâmetros de vinculação dos NAF modalidades 1 e 2 às Equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a modalidade NASF 3. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2013). *Emenda Constitucional 72*. Brasília: Planalto.
- Brasil. (2014). *Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Caderno de Atenção Básica nº 39)*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2015). *Lei complementar 150*. Brasília: Presidência da República.
- Brasil. (2016a). *Portaria 204*. Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o

território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde.

- Brasil. (2016b). *Portaria 205*. Define a lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória, na forma do anexo, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde.
- Breakwell, G. M. (2010). Métodos de Entrevista. In: *Métodos de pesquisa em Psicologia*. Porto Alegre: Artmed.
- Canguilhem, G. (2012). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Cartão de todos (2016). *Cartão de todos*. Recuperado em 23 de abril de 2016, de <http://cartaodetodos.com.br>
- Clot, Y. (2007). *A função psicológica do trabalho*. 2ª Ed. Petrópolis: Vozes.
- Clot, Y. (2009). Postface. L'apport de François Tosquelles à la clinique du travail. In Tosquelles, *Le travail thérapeutique à l'hôpital psychiatrique* (pp.143-162). Toulouse: Éditions érès.
- Clot, Y. (2010). *Trabalho e poder de agir*. Belo Horizonte: FabreFactum.
- Delion, P. (2009). Préface In Tosquelles, *Le travail thérapeutique à l'hôpital psychiatrique* (pp. 7-15). Toulouse: Éditions érès.
- Deusdedit-Júnior, M. (2014). *O papel do trabalho na redução do fosso 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.
- Dewey, J. (2010). *Arte como experiência*. São Paulo: Martins Fontes – selo Martins.
- Diário Oficial do Município. (2016). *Edição 3800 de 5 de fevereiro de 2016* (p.44). Recuperado em 01 de julho de 2016, de <http://www.contagem.mg.gov.br/arquivos/doc/3800doc-e.pdf?x=20160730041706>
- Dias, E. C. e Silva, T. L. (2013). Possibilidades e desafios para a atenção integral à saúde dos trabalhadores na Atenção Primária. In: Dias, E. C. & Silva, T. L (orgs). *Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: Possibilidades, desafios e perspectivas*. (pp. 21-41). Belo Horizonte: Coopmed.
- FAMUC. (2013). *Projeto de Requalificação/Adequação da RAPS .SMS/SAS*: Coordenação de Saúde Mental. Junho de 2013.
- FAMUC. (2014a). *A Superintendência de Atenção à Saúde*. SMS: SAS. (Apresentação de slides em 16.07.2014)
- FAMUC. (2014b). *Plano de Ação da Atenção Básica 2014- 2015*. SMS. SAS: Coordenação da Atenção Básica (Apresentação de slides em 16.07.2014)

- FAMUC. (2016). *Guia Saúde*. SMS: Assessoria de Comunicação Social.(Cartilha)
- Flick, U. (2005). *Uma introdução à Pesquisa Qualitativa*. Porto Alegre: Bookman.
- Holanda, C.B. (1989). *Letra e música*. São Paulo: Companhia das letras.
- IBGE. (2013). Síntese de indicadores sociais – Uma análise das condições de vida da população brasileira 2013. *Estudos & pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica*. Nº32. Rio de Janeiro. Disponível: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>. Acesso: 26/10/2014.
- IBGE. (2016). *Cidades*. Recuperado em 11 de julho de 2016, de <http://www.cidades.ibge.gov.br>
- Jacques, M. G. (2003). Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental e trabalho. In *Psicologia & Sociedade*. 15 (1): 97 – 116.
- Jacques, M.G. (2007). O nexos causal em saúde/doença mental no trabalho: uma demanda para a Psicologia. In *Psicologia & Sociedade*. 19, Edição Especial 1: 112-119.
- Koga, D. (2011). *Medidas de Cidades: entre Territórios de vida e territórios vividos*. São Paulo: Cortez Editora, 2ª ed.
- Le Guillant, L. (2006). *Escritos de Louis Le Guillant: da ergoterapia à psicopatologia do trabalho*. Petrópolis: Vozes.
- Leão, L.H.C e Minayo Gomez, C. (2014). A questão da saúde mental na vigilância em saúde do trabalhador In *Ciência & Saúde Coletiva*, 19 (12). pp. 4649-4658.
- Leite, I.C, Valente, J.G., Schramm, J.M.A., Daumas, R.P., Rodrigues, R.N., Santos, M.F., Oliveira, A.F., Silva, R. S., Campos, M. R. e Mota, J.C. (2015) Carga de doença no Brasil e suas regiões, 2008 In *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 31(7). (pp.1551-1564).
- Letras. (2015). *Subirusdoistiozin*, Criolo. Recuperado em 24 de novembro de 2015, de <https://www.lettras.mus.br/criolo-doido/1821832/>
- Lhuilier, D. (2012). Introduction à l’oeuvre de Claude Veil. In Veil, *Vulnérabilités au travail. Naissance et actualité de la psychopathologie du travail*. (pp.9-51). Toulouse: Éditions érès.
- Lima (2003) M.E.A. A polêmica em torno da centralidade do trabalho na sociedade contemporânea. *Revista Destarte*. Vol. 2 nº 2. Vitória, ES.
- Lima, M. E. A. (2007). Esboço de uma crítica à especulação no campo da saúde mental e trabalho. In: Jacques, M. G. & Codo, W. (orgs). *Saúde mental e trabalho: leituras*. Petrópolis: Vozes.

- Lima, M. E. A.(2011). Abordagens clínicas e saúde mental no trabalho. In: *Clínicas do Trabalho – Novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade*. São Paulo: Atlas S. A.
- Lima, M.E.A. (2011). The role and the meaning of work in Freud’s cultural writings. *International Forum of Psychoanalysis*.V.1. (pp.1-14).
- Machado, J. Sorralto, L. Codo, W. (2010). *Saúde e Trabalho no Brasil – Uma revolução silenciosa: o NTEP e a Previdência Social*. Petrópolis: Vozes.
- Maeno, M & Vilela, R.A.G (2010). Reabilitação profissional no Brasil: elementos para construção de uma política pública In *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. São Paulo, vol 35, nº 121. (pp.87- 99).
- Mais médicos. (2016). *Mais médicos*. Recuperado em 01 de julho de 2016, de www.maismedicos.gov.br
- May, T. (2004). *Pesquisa social – Questões, Métodos e Processos*. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed.
- Merlo, A.R.C, Bottega, C.G. & Perez, K.V. (2014). *Atenção ao sofrimento psíquico do trabalhador e da trabalhadora: cartilha para profissionais do SUS*. Porto Alegre: Evangraf.
- Minas Gerais. (2006). *Atenção em Saúde Mental. Saúde em casa*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde.
- Minayo Gomez, C. M. (2011). Campo da Saúde do Trabalhador: trajetória, configuração e transformações. In Minayo Gomez (org). *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea*. (pp 23-34). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- MPF (2014). *MPF denuncia donos de uma empresa de transporte de valores por trabalho escravo*. Recuperado em 24 de novembro de 2015, de <http://www.prmg.mpf.mp.br/imprensa/noticias/criminal/mpf-denuncia-donos-de-uma-empresa-de-transporte-de-valores-por-trabalho-escravo>
- Nilismo. (2016). *Poema Eppur se muove*. Recuperado em 01 de julho de 2016, de <http://nilismo.net/forum/viewtopic.php?t=603&sid=1356b5f4f352555329f8d5ca49da0d22>
- Organização das Nações Unidas. (1975). *Resolução nº 2.542*. Declaração dos direitos das pessoas portadoras de deficiências.
- Organização Mundial da Saúde. (1994). *CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças com disquete Vol. 1*. Edusp.
- Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L. e Macinko, J. (2011). O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios In *Saúde no Brasil 1*. Publicado Online.

- Paparelli, R. Sato, L. & Oliveira, F. (2010). A saúde mental relacionada ao trabalho e os desafios aos profissionais da saúde. In *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 36 (123). (pp. 118-127).
- Politzer, Georges (1975). *Crítica dos fundamentos da Psicologia*. Lisboa: Editorial Presença Ltda. 2ª Ed.
- Sato, L. & Bernardo, M. H. (2005). Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. In *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro.
- 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*, 11(3), 281-288.
- Seligmann-Silva, E. (2011). *Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo*. São Paulo: Cortez.
- Seligmann-Silva, E., Bernardo, M.H., Maeno, M. e Kato, M. (2010). O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. In *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35 (122). (pp.187-191).
- Seligmann-Silva, E. (2011). *Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo*. São Paulo: Cortez.
- Takahashi, M.A.B.C., Simonelli, A. P., Sousa, H.P., Mendes, R.W.B. e Alvarenga, M.V.A. (2010). Programa de reabilitação profissional para trabalhadores com incapacidades por LER/DORT: relato de experiência do CEREST- Piracicaba, SP In *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. São Paulo, vol. 35 nº 121. (pp.100 – 111).
- Tosquelles, F. (2009). *Le travail thérapeutique en psychiatrie*. Toulouse: Éditions érès.
- Veil, C. (2012). *Vulnérabilités au travail. Naissance et actualité de la psychopathologie du travail*. Toulouse: Éditions érès.
- Veloso, C. (2003). *Letra só – Caetano Veloso*. São Paulo: Companhia das letras.
- Vieira, C. E. C.; Lima, F. P. A. e Lima, M. E. A. (org.) (2010). *O cotidiano dos vigilantes: trabalho, saúde e adoecimento*. Belo Horizonte: FUMARC.
- Vieira, C.E.C. (2014). *Traumáticas no trabalho: uma nova leitura do transtorno de estresse pós-traumático*. Curitiba: Juruá.
- Vigotski, L. S. (1999). *Psicologia da Arte*. São Paulo: Martins Fontes.
- Vygotski, L.S. (2005). *Psychologie de l'art*. Paris: La Dispute/Snédit.
- Youtube. (2015). *Viodeoclip oficial Boa Esperança – Emicida*. Recuperado em 24 de novembro de 2015, de <https://www.youtube.com/watch?v=AauVal4ODbE>

9 APÊNDICES

*“Eu acordo pra trabalhar
Eu durmo pra trabalhar
Eu corro pra trabalhar
Eu não tenho tempo de ser
O tempo livre de ser...”*

- Marcos Vale (Capitão de Indústria)

Apêndice A – Concessão de Benefícios Acidentários no Brasil em 2015

Apêndice B – Roteiro e Organização das Entrevistas Coletivas

Apêndice C – Roteiros das Entrevistas com os Usuários e Profissionais de Saúde

Apêndice D – Construção dos Percursos no SUS

Apêndice E – Organização das Discussões Coletivas dos Casos

Apêndice F – Síntese dos Diagnósticos e Medicamentos dos 4 Casos

Apêndice G – Casos de ST Observados nas Reuniões de Matriciamento do NASF/ESF

Apêndice A

Concessão de Benefícios Acidentários no Brasil em 2015

CID	Número de benefícios concedidos	%
S	120.386	59,5%
M	47.549	23,5%
F	9.035	4,5%
T	7.070	3,5%
Z	4.492	2,2%
G	4.379	2,2%
K	2.557	1,3%
I	1.775	0,9%
H	915	0,5%
J	774	0,4%
L	691	0,3%
A	526	0,3%
C	434	0,2%
B	342	0,2%
R	241	0,1%
W	237	0,1%
E	225	0,1%
V	207	0,1%
X	161	0,1%
N	129	0,1%
Y	113	0,1%
D	72	0,0%
O	32	0,0%
(vazio)	8	0,0%
Q	7	0,0%
P	5	0,0%
Total Geral	202.362	100,0%

Produzida pela autora a partir dos dados do SUIBE.
(Acesso em 28.07.2016)

Apêndice B

Roteiro e Organização das Entrevistas Coletivas

EQUIPE	DATA	TEMPO	PRESENTES	QUESTÕES SEMI DIRIGIDAS
UBS	25.03.15	2:04:38	3 psicólogas e 2 assistentes sociais	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificação: Nome, função, tempo na unidade e trabalho que faz. 2. Qual demanda de SM chega à unidade? 3. Como percebem a relação entre o trabalho dos usuários e seu processo de saúde/doença? 4. Quais as bases que fundamentam sua prática em SM? 5. Qual a relação com o CEREST (No caso do CEREST, qual relação com a APS?) 6. Quais os apoios possuem para realizar o atendimento em SM? 7. Quais as dificuldades vivenciam para realizar o atendimento em SM?
Gerente	14.10.15	46:58		
NASF	23.04.15	1:20:17	2 fisioterapeutas, 1 psicóloga, 1 assistente social, 1 pediatra, 1 ginecologista e a coordenadora (assistente social)	
CEREST	08.04.15	1:28:12	2 enfermeiras, 1 médico, 1 psicóloga, 2 técnicos de enfermagem, 2 técnicos em vigilância nos ambientes de trabalho, 1 técnico de segurança do trabalho e a gerente (psicóloga)	
ESF	08.05.15	1h.	1 médica, 1 enfermeira e 4 ACS	

Apêndice C

Roteiros das Entrevistas com os Usuários e Profissionais de Saúde

I. Usuários:

1. Quando buscou o serviço de saúde? O que sentia e onde foi?
2. O que pensa dos atendimentos recebidos?
3. Qual seu trabalho (atual e anteriores)?
4. Os profissionais que te atenderam, escutaram suas questões sobre o trabalho?
5. Atualmente quais os tratamentos você faz?
6. Em caso de melhora, o que fez você melhorar?

II. Profissionais de saúde:

1. Como foi o atendimento de....
2. Você conhece qual o trabalho de....
3. Qual o lugar do trabalho no processo de saúde/doença de....
4. Qual o diagnóstico e encaminhamentos realizados? Por quê?
5. O usuário aderiu ao tratamento? Em caso de falta, o que você fez?
6. Qual o estado de saúde atual de...
7. Qual o prognóstico? Se houve melhora, o que provocou? Se houve piora, o que provocou?
8. Você compartilhou ou discutiu esse caso com outros profissionais?
9. Você teve(tem) dificuldades para o atendimento de...

Apêndice D

Construção dos Percursos no SUS

CASOS	PESQUISA DOCUMENTAL	ENTREVISTAS	DATA	DURAÇÃO	PROFISSIONAIS CONTATADOS	DATA	RESULTADOS
A	Prontuários: ESF: 24.04.15 CAPS: Não encontrado	Primeira	06.05.15	1:14:52	Médica ESF	24.04.15	27:19
					Médico substituto ESF	03.06.15	26:13
		Segunda	14.10.15	1:12:08	Enfermeira ESF	14.10.15	26:40
					Psicóloga NASF	11.06.15	Alguns minutos
					Psiquiatra NASF	11.06.15 04.08.15	Não aceitou.
E	Prontuários: ESF: 24.04.15 CAPS: 01.06.15 Pesquisa internet: assalto, notas frias Relatório MTE	Única	08.05.15	1:30:58	Médica ESF	24.04.15	47:31
					Médico substituto ESF	03.06.15	26:13
					Enfermeira ESF	14.10.15	6:20
					Psicóloga NASF	11.06.15	Alguns minutos
					Psicóloga NASF(apoio)	18.06.15	38:08
					Psicóloga CAPS	01.06.15	Alguns minutos
					Psiquiatra CAPS	11.06.15	49:03
					Psiquiatra NASF	11.06.15 04.08.15	Não aceitou.
M					Psicóloga UBS	09.06.15	30:39
					Psicóloga CEREST	27.05.15	1:10:01

CASOS	PESQUISA DOCUMENTAL	ENTREVISTAS	DATA	DURAÇÃO	PROFISSIONAIS CONTATADOS	DATA	RESULTADOS
M	Prontuários: UBS: 30.03.15 e 29.09.15	Primeira	15.04.15	51:08	Médica Clínica 1 UBS	09.06.15	Não se lembrava da paciente, portanto, não se sentiu à vontade para dar entrevista.
					Médica Clínica 2 UBS	29.09.15	Aceitou dar entrevista, mas não se lembrava da paciente. Era nova na unidade. Afirmou ter atendido M apenas uma vez.
	CEREST: 08.04.2015	Segunda (por telefone)	29.09.15	Cerca de 40 min.	Ginecologista UBS	29.09.15	14:00
					Psiquiatra UBS	11.06.15	Alguns minutos.
F	Prontuários: UBS: 30.03.15	Primeira	13.04.15	1:23:55	Psicóloga UBS1 (grupo)	07.05.15	42:50
		Segunda	27.04.15	49:12	Psicólogo UBS2 (atendimento)	01.06.15	1:51:43
	CAPS: 28.05.15	Terceira (visita ao atelier)	28.05.15	2:45:47	Terapeuta Ocupacional CAPS	04.08.15	28:25
					Psiquiatras CAPS e UBS		Nenhum psiquiatra do CAPS da época do atendimento de F estava na rede e o psiquiatra da UBS encontrava-se de licença médica desde setembro de 2014 até o término da coleta (out.15).
	2 Vídeos gravados pelos profissionais sobre a obra artística de F	Quarta (por telefone)	23.05.16	1:16:00			
2 Projetos em que concorreu para prêmios cultural e de inclusão social em 2009 e 2015							

Apêndice E

Organização das Discussões Coletivas dos Casos

EQUIPE	DATA	DURAÇÃO	PRESENTES	DISCUSSÃO
UBS	14.10.15	2:44:13	3 psicólogas e 1 AS.	- Caso F
	04.11.15	1:30	3 psicólogas.	- Caso M OBS: Em dois momentos, a pedido da equipe.
CEREST	18.11.15	2:07:20	gerente, 1 psicóloga, 1 assistente social, 1 enfermeira, 1 técnica de enfermagem e 1 técnico de vigilância nos ambientes de trabalho.	- Casos A, E e M
	04.12.15	1:30:59	gerente, 1 enfermeira, 1 assistente social e 1 técnico de vigilância em ambientes de trabalho.	Caso F OBS: Em dois momentos, a pedido da gerência.
PSF	25.11.15	1:02:28	1 médica, 1 enfermeira e 3 ACS.	- Casos A e E
NASF	03.12.15	52:02	coordenadora, 1 nutricionista, 1 fisioterapeuta, 1 pediatra, 1 fonoaudióloga e duas psicólogas.	- Casos A e E

Apêndice F

Síntese dos Diagnósticos/Conduas e Medicamentos dos 4 Casos

CASO E.

Ano	Diagnósticos/Conduas	Medicamentos	Classe terapêutica
2011	Médica da ESF: Depressão? Esquizofrenia?	Clozapina	Antipsicótico
		Clonazepam	Anticonvulsivante. Ansiolítico.
		Ácido valpróico	Anticonvulsivante
		Sertralina	Antidepressivo (ISRS)
2012	Psiquiatra do NASF descarta esquizofrenia, orienta nova medicação, sem novo diagnóstico.	Carbamazepina	Anticonvulsivante
		Fluoxetina	Antidepressivo (ISRS)
		Clonazepam	Anticonvulsivante. Ansiolítico.
		Suspendeu ácido valpróico	Anticonvulsivante
	Atendimento psiquiatra do NASF: F33.3 F43.1 (riscou) F43.0	Manteve os medicamentos anteriores	-
	Internação psiquiátrica por 7 dias	Haldol® (Haloperidol)	Antipsicótico
	Biperideno	Antiparkinsoniano	

Ano	Diagnósticos/Conduitas	Medicamentos	Classe terapêutica
		Nortriptilina	Antidepressivo tricíclico
		Carbamazepina	Anticonvulsivante
	Internação psiquiátrica por 26 dias: F32.2 e F41.9	Sem registro de medicações.	-
	Atendimento psicológico do NASF: Depressão? Estrese forte? Psicose?	Sem registro de medicações.	-
2013	Internação psiquiátrica por cerca de 1 mês.	Nortriptilina	Antidepressivo tricíclico
		Carbamazepina	Anticonvulsivante
		Clonazepam	Anticonvulsivante, ansiolítico.
2014	Internação psiquiátrica por 18 dias: F40.0 e F32.3	Haldol® (Haloperidol)	Antipsicótico
		Biperideno	Antiparkinsoniano
		Nortriptilina	Antidepressivo tricíclico
		Carbamazepina	Anticonvulsivante
	Atendimento psiquiatra do NASF: F 33.3	Haldol® decanoato (Decanoato de haloperidol)	Antipsicótico de ação prolongada
Atendimento psiquiatra do CAPS:	Haloperidol decanoato	Antipsicótico de ação prolongada	

Ano	Diagnósticos/Condutas	Medicamentos	Classe terapêutica
2014	F33.3? F31.5? F20.4 associado?	Fluoxetina	Antidepressivo (ISRS)
		Carbamazepina	Anticonvulsivante
		Levomepromazina	Ansiolítico, neuroléptico.
		Clonazepam	Anticonvulsivante, ansiolítico.
	Relatório psiquiatra do CAPS para SES: F20.0 F20.4	Solicitação de quetiapina	Antipsicótico
	Contrarreferencia para ESF: F 33.3 F 31.5 F 20.0?	Quetiapina 200mg/dia	Antipsicótico.
		Fluoxetina 20 mg 1.1.0	Antidepressivo (ISRS)
		Carbamazepina 200mg 2.0.3	Anticonvulsivante
		Clonazepam 20 mg 0.0.2	Anticonvulsivante, ansiolítico.
		Haloperidol decanoato 2 comp/mês	Antipsicótico de ação prolongada
	Atendimento médico da ESF	Renovação de todos os prescritos pelo CAPS	Antipsicótico
	Atendimento médico da ESF	Renovação de medicamentos, sem informações sobre quetiapina	Antipsicótico

Ano	Diagnósticos/Condutas	Medicamentos	Classe terapêutica
	Atendimento médico da ESF	Renovação de medicamentos, sem informações sobre quetiapina	Antipsicótico.
2015	Atendimento médico da ESF	Não renovou Haldol [®] (não sabe se o médico substituto retirou)	Antipsicótico
	Na entrevista para esta pesquisa a psiquiatra do CAPS expõe que pensa que E teve um estresse pós traumático e depois uma esquizofrenia paranoide.		

CASO M.

Ano	Diagnósticos/Condutas	Medicamentos	Classe terapêutica
2012	Atendimento endocrinológico no Hospital da Baleia, segundo a usuária.	Inicia uso de fluoxetina, segundo usuária	Antidepressivo (ISRS)
2013	Atendimento médico UBS, diarreia e vômitos. Anotação de que é hipertensa, mas não se trata.	Floratil [®] (<i>Saccharomyces boulardii</i>)	Repositor de flora intestinal
		Metoclopramida	Antiemético
2014	Atendimento médico UBS de BH. Cópia da receita apresentada ao CEREST.	Fluoxetina 20 mg 1xdia - 60 dias	Antidepressivo (ISRS)
		Anlodipino besilato 5mg 12h/12h - 60 dias	Anti-hipertensivo

Ano	Diagnósticos/Conduas	Medicamentos	Classe terapêutica
		Dexclorfeniramina, maleato 0,4mg.ml 8h/8h - 10 dias	Antialérgico, indutor de sono.
		Hydroclorotiazida 25mg 1x dia - 60 dias	Diurético tiazídico, anti-hipertensivo.
		Ibuprofeno 600mg 1x dia - 10 dias	Antiinflamatório não-esteroidal
		Losartana potássica 50mg 12h/12h - 60 dias	Anti-hipertensivo
		Metformina 850mg, 1x dia - 60 dias	Antidiabético
	Renovação da receita UBS de BH	Idem acima	-
	Atendimento no HRS (psiquiátrico?) CID 32.1.	Segundo usuário houve aumento da dose da fluoxetina.	Antidepressivo (ISRS)
	Atendimento psiquiátrico da UBS Contagem. F33.1	Fluoxetina 20 2.0.0	Antidepressivo (ISRS)
		Impra 25 2.0.0 (Imipramina?)	Antidepressivo tricíclico
		Amt 0.0.2. (Amitriptilina?)	Antidepressivo tricíclico.
Atendimento psicológico CEREST. CID 32.1.		-	
2015	Atendimento psiquiátrico UBS	Manutenção da medicação	-
	Atendimento psiquiátrico HRS. Relatório de alta.	Manutenção da fluoxetina	Antidepressivo (ISRS)
	Atendimento psiquiátrico UBS.	Manutenção da medicação.	-

CASO A

Ano	Diagnósticos/Conduitas	Medicamentos	Classe terapêutica
1999	Relato de cefaleia e de ter sido abandonada pelo marido	Rivotril® (Clonazepam)	Anticonvulsivante, ansiolítico.
		Fluoxetina	Antidepressivo (ISRS)
2006	Relatório para INSS e Receita do clínico CIDS F 32, F51.	Sertralina	Antidepressivo (ISRS)
2008	Poliqueixosa e hipótese de fibromialgia.	Clonazepam	Anticonvulsivante, ansiolítico.
		Sertralina	Antidepressivo (ISRS)
2011	Poliqueixosa, dores e ansiedade. Hipótese de Depressão	Uso de sertralina, ibuprebiona. Receita amitriptilina e clonazepam.	Antidepressivo (ISRS) Antidepressivo tricíclico. Anticonvulsivante, ansiolítico
2012	Depressão parcialmente controlada	Renovada medicação.	-
		Renovada medicação.	-
2013	Tendinite no ombro. Fibromialgia. Dores nas articulações.		-
	F 41.2 e F 33.1	Receitado dentre outros ilegíveis, bitelonato. Dias depois usuária pede para clínica trocar bitelonato por sertralina.	Antidepressivo (ISRS)

Ano	Diagnósticos/Condutas	Medicamentos	Classe terapêutica
		Usuária pede para trocar sertralina por fluoxetina. Médica atende.	Antidepressivo (ISRS) - ambos
2014	Chegou com diagnóstico de F33.3. Relato de ter ido ao CAPS	Receitado haloperidol no CAPS.	Antipsicótico.
	Atendimento psiquiátrico NASF. Quadro depressivo. Vitimização? Vida de doente	Sem registro de medicamentos	-
	Atendimento psicológico NASF: Paciente depressiva, com dores		-
	Atendimento clínico PSF: Só queixas.	Renovação da receita.	-
	Atendimento clínico PSF (substituto).Sem registro	Renovação da receita.	-
2015	Atendimento clínico PSF: Deprimida. Quer aposentar.		-
	Tendinite crônica no ombro, hérnia de disco, desgaste nos joelhos e artrose. Sente tremedeira nos joelhos.		-
	Ainda com relato de dores na coluna e joelhos, dificuldade para dormir e medo	Em uso de losartan (4 comp), sertralina e possivelmente Rivotril®. Também usa um medicamento para artrose.	Anti-hipertensivo Antidepressivo (ISRS) Anticonvulsivante, ansiolítico.

CASO F.

Ano	Diagnóstico/Condutas	Medicamentos	Classe terapêutica	
1996		Relato de tomar carbolítio	Estabilizador de humor	
2002 – 2007	Relatório de Alta do Psicominas F29, F31?, F20?	Haldol [®] (3) (Haloperidol)	Antipsicótico. Antiparkinsoniano	
	Atendimento psiquiátrico regular na UBS	Akineton [®] (2) (Biperideno)	Antipsicótico, antiemético.	
	Atendimento grupal na UBS	Ampectil [®] (100) (Clorpromazina)		
2007 - 2009	Referência para CAPS: F20, F29?	Semap [®] (Penfluridol) +2 ilegíveis	Antipsicótico.	
	Acolhimento CAPS: F20, F29	Semap [®] (Penfluridol) (1 comp/semana) Paciente relata já ter usado decanoato e biperideno	Antipsicótico.	
	Visita Domiciliar da Psiquiatra CAPS: F29		Antialérgico, antiemético, indutor de sono.	
	Atendimento psiquiátrico regular no CAPS(5 meses) Atendimento psiquiátrico regular na UBS	Mantem medicação do HGV: Semap [®] (Penfluridol)		Antipsicótico.
			Risperidona	Antipsicótico.
			Carbamazepina	Anticonvulsivante
		Prometazina	Antialérgico, antiemético, indutor de sono.	
	Biperideno	Antiparkinsoniano		

Ano	Diagnóstico/Condutas	Medicamentos	Classe terapêutica
		Clonazepam	Anticonvulsivante, ansiolítico..
	Atendimento psiquiátrico regular na UBS Acompanhamento regular com TO do CAPS Grupos no CAPS Projeto Terapêutico: F22 Contrarreferencia CAPS: F20.0	Os mesmos do mês anterior, exceto prometazina	
		Risperidona	Antipsicótico.
		Carbamazepina	Anticonvulsivante
		Clonazepam	Anticonvulsivante, ansiolítico.
		Os mesmos 4 anteriores	
		Risperidona	Antipsicótico.
		Biperideno	Antiparkinsoniano
		Clonazepam	Anticonvulsivante, ansiolítico.
		Risperidona	Antipsicótico.
		Biperideno	Antiparkinsoniano
	Contrarreferencia CAPS: F20.0	Clonazepam	Anticonvulsivante, ansiolítico.
		Ácido valproico	Anticonvulsivante.
2009- 2011	Continua atendimento psiquiátrico regular na UBS	Os mesmos 4 anteriores	
	Acompanhamento psicológico na UBS	Os mesmos 4 anteriores	

Ano	Diagnóstico/Condutas	Medicamentos	Classe terapêutica
2011	Encaminhamento para clínica médica Avaliação de disfunção erétil	Os mesmos 4 anteriores. Avaliação da possibilidade de ingestão de Viagra® (Sildenafil)	Tratamento da disfunção erétil
2012 a 2015	Atendimento regular com psiquiatra da UBS (até set.2014)	Risperidona	Antipsicótico.
	Diagnóstico: Esquizofrenia paranoide Acompanhamento regular com psicólogo da UBS Grupo na outra UBS	Biperideno	Antiparkinsoniano
		Clonazepam	Anticonvulsivante, ansiolítico.
		Ácido valproico	Anticonvulsivante

Apêndice G

Casos de ST Observados nas Reuniões de Matriciamento NASF/ESF

ESF	Data	Casos envolvendo ST
1	26.09.14	- Paciente, pedreiro, teve recaída e voltou usar cocaína. Agendado atendimento com psiquiatra do NASF. - Mulher, 40 anos, revoltada, várias perícias no INSS. Agendado atendimento com psicóloga do NASF.
2	11.11.14	- Homem, 40 anos, foi encaminhado para o CEREST por ter uma dor no ombro esquerdo com limitação importante. Psicologia do CEREST contrarreferenciou, solicitando que PSF encaminhe para avaliação psiquiátrica. É alcólatra. Trabalha com montagem de estruturas metálicas. Agendado com psicóloga do NASF.
3	18.11.14	- Jovem, 22 anos, crises epiléticas constantes, tentativa de auto-extermínio, queixa-se que não consegue trabalho. Atendido pela assistente social do NASF e encaminhado para requerer BPC. Médico afirmou: “ <i>passou da hora para conseguir um benefício para ele</i> ”. Alguém da equipe questionou: “ <i>E parou o seu sofrimento de querer trabalho?</i> ” Ninguém respondeu.
4	21.11.14	- Jovem, 24 anos, sem ânimo, triste, ao andar sente que está sendo perseguido, não aceita ter perdido emprego na FIAT (corte de funcionários). Gostava de trabalhar lá e compara as outras possibilidades de trabalho com esta empresa. Pai tem problemas psiquiátricos. Pede avaliação psiquiátrica. Agendados atendimentos com psiquiatra e psicóloga do NASF.
5	14.01.15	- Mulher, 22 anos, gestante, comerciante, vivendo estresse no trabalho, mudou-se recentemente, sente-se com a “ <i>mente perturbada</i> ”. Agendado atendimento com psicóloga do NASF. - Médica conversou com pesquisadora ao final da reunião e mencionou vários outros casos.
6	26.01.15	Jovem, 26 anos, cortou dedo da mão em uma máquina de moer carne, trabalha em um supermercado, acidente de trabalho sem notificação (pesquisadora questiona se foi notificado. Equipe desconhece formulário de notificação de acidente de trabalho do SINAN). Agendado atendimento com fisioterapeuta.

ESF	Data	Casos envolvendo ST
7	02.02.15	<p>- Mulher, 28 anos, fuma 50 cigarros por dia, sem amigos, sem vida social, marido ciumento, ansiosa, está no grupo de tabagismo, tem ataques de fúria, diz escutar vozes, não trabalha. Agendado também atendimento com psiquiatra.</p> <p>- Mulher, 48 anos, acompanhada pela psicologia do CEREST, que solicita avaliação psiquiátrica, trabalha na área da limpeza e está com sintomas depressivos. Agendado atendimento com psiquiatra.</p> <p>- Idoso, 76 anos, com corte profundo na mão esquerda devido acidente em uma serralheria. Encaminhado para atenção secundária – pós cirurgia, sem discussão sobre notificação no SINAN.</p>
8	09.02.15	- Mulher, demanda relatório psiquiátrico, relata que surtou dentro do trabalho (empresa de estrutura metálica) e foi demitida, encaminhada para o CEREST. Agendados atendimentos com psicóloga e psiquiatra do NASF.
9	18.02.15	Mulher, 47 anos, viúva, perdeu uma filha há 3 anos, está com um problema no ombro e deseja se aposentar. Indicada para grupo de saúde mental.
10	04.03.15	<p>- Mulher fraturou L2 há 9 meses. Não houve discussão sobre como aconteceu a fratura. Agendada atendimento individual com fisioterapia.</p> <p>- Mulher, cabelereira, com artralgia (ombro, punho e mão), deprimida. Indicada para grupo de fisioterapia.</p>

10 ANEXOS

*“Eu despedi o meu patrão...
Ele roubava o que eu mais valia
E eu não gosto de ladrão
Ninguém pode pagar nem pela vida mais vazia
Eu despedi o meu patrão...”*

- Zeca Baleiro (Eu despedi o meu patrão)

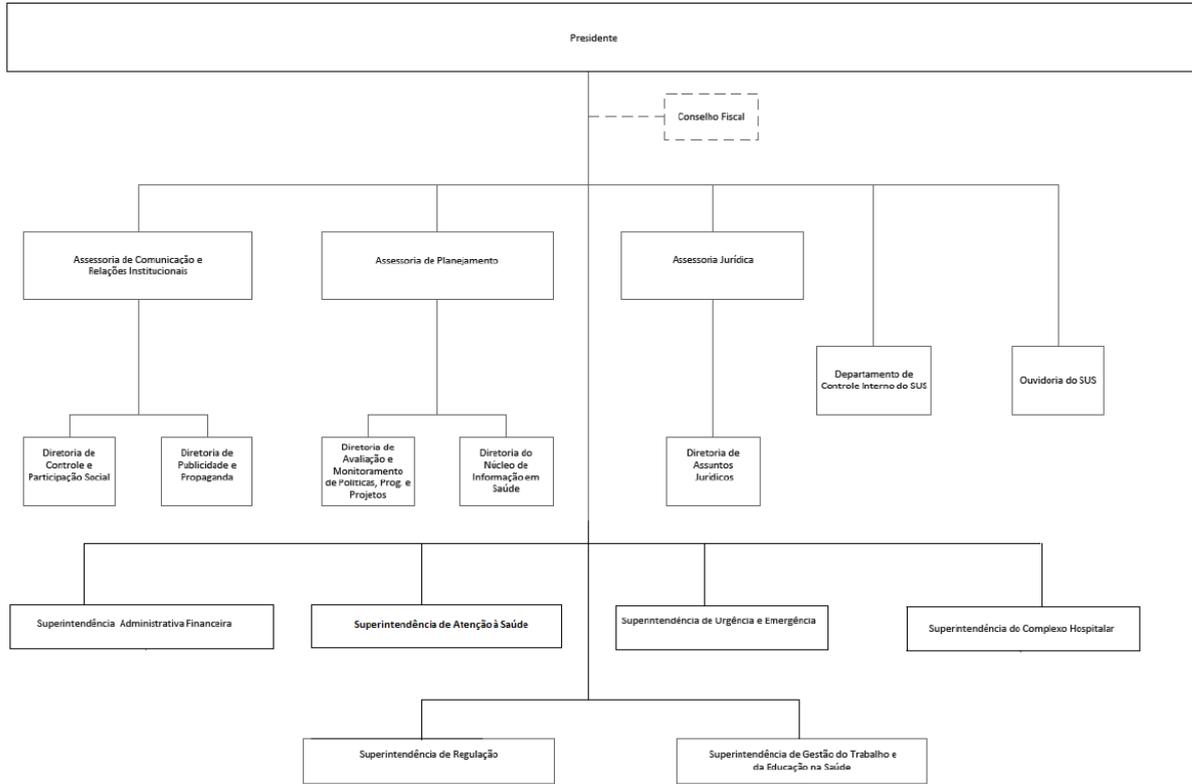
Anexo A – Organograma da Fundação de Saúde do Município

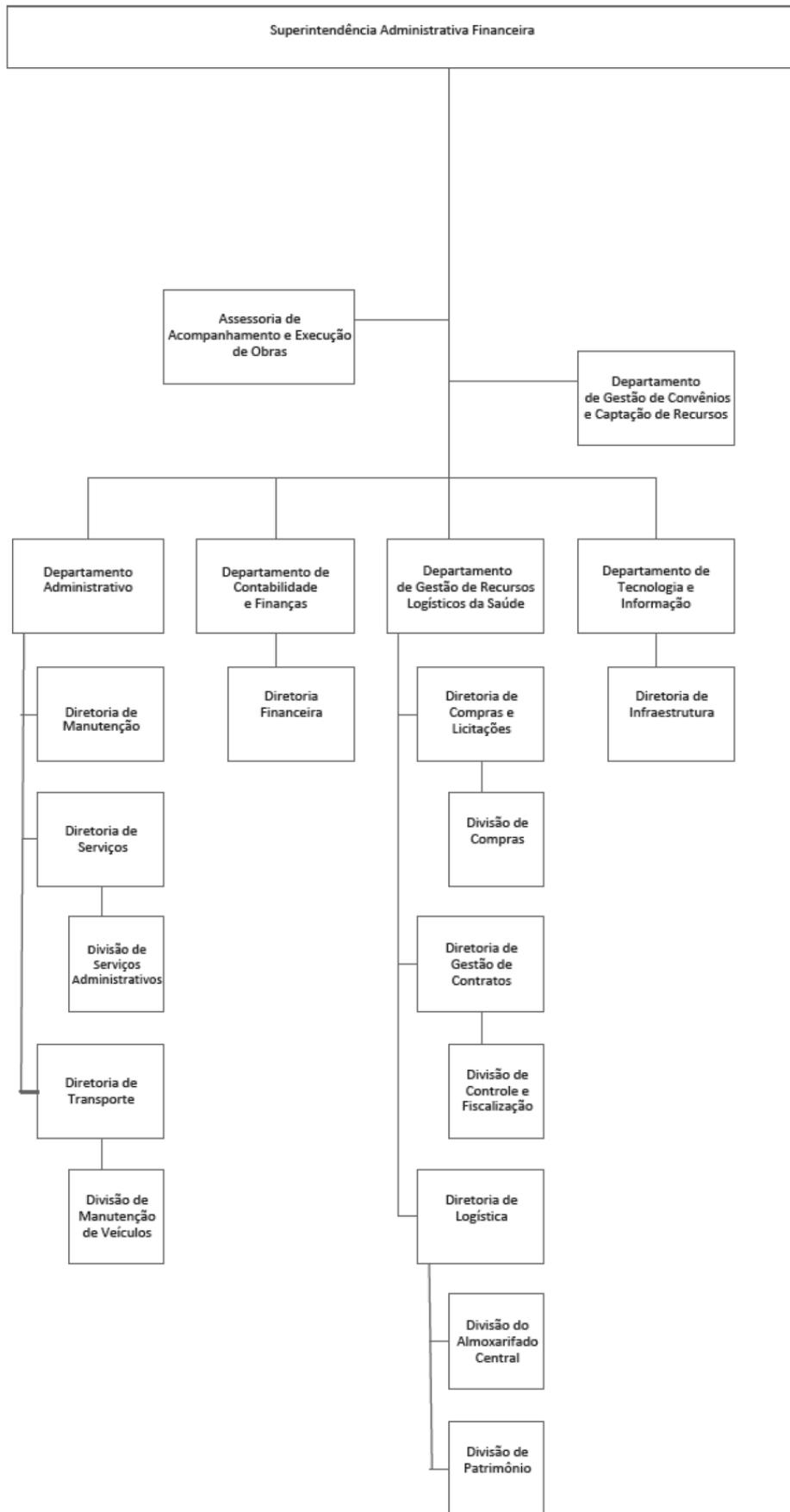
Anexo B – Declaração dos Direitos das pessoas portadoras de deficiências

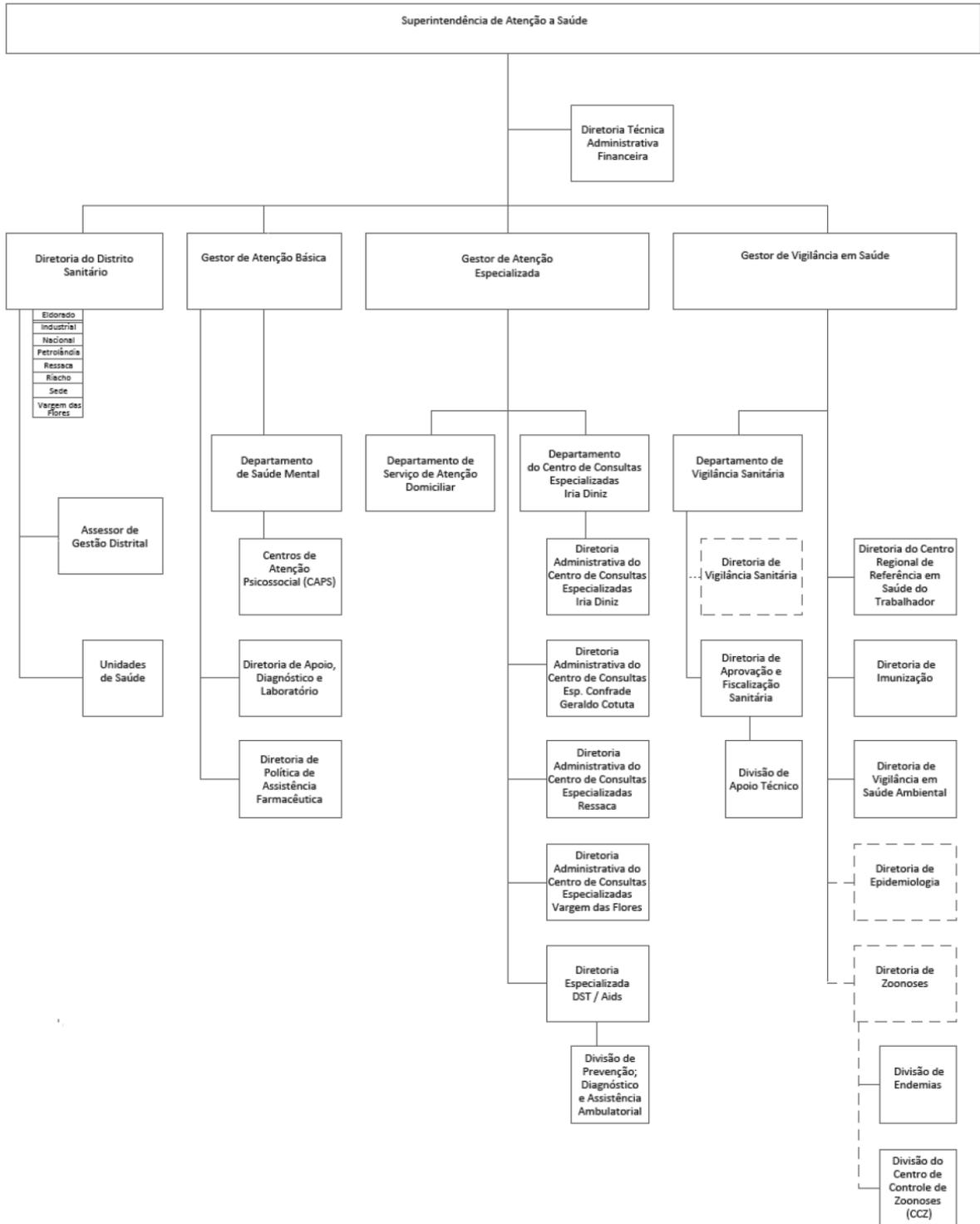
Anexo C – Caso F.: Breve relato da história de vida (por ele mesmo, em 2015)

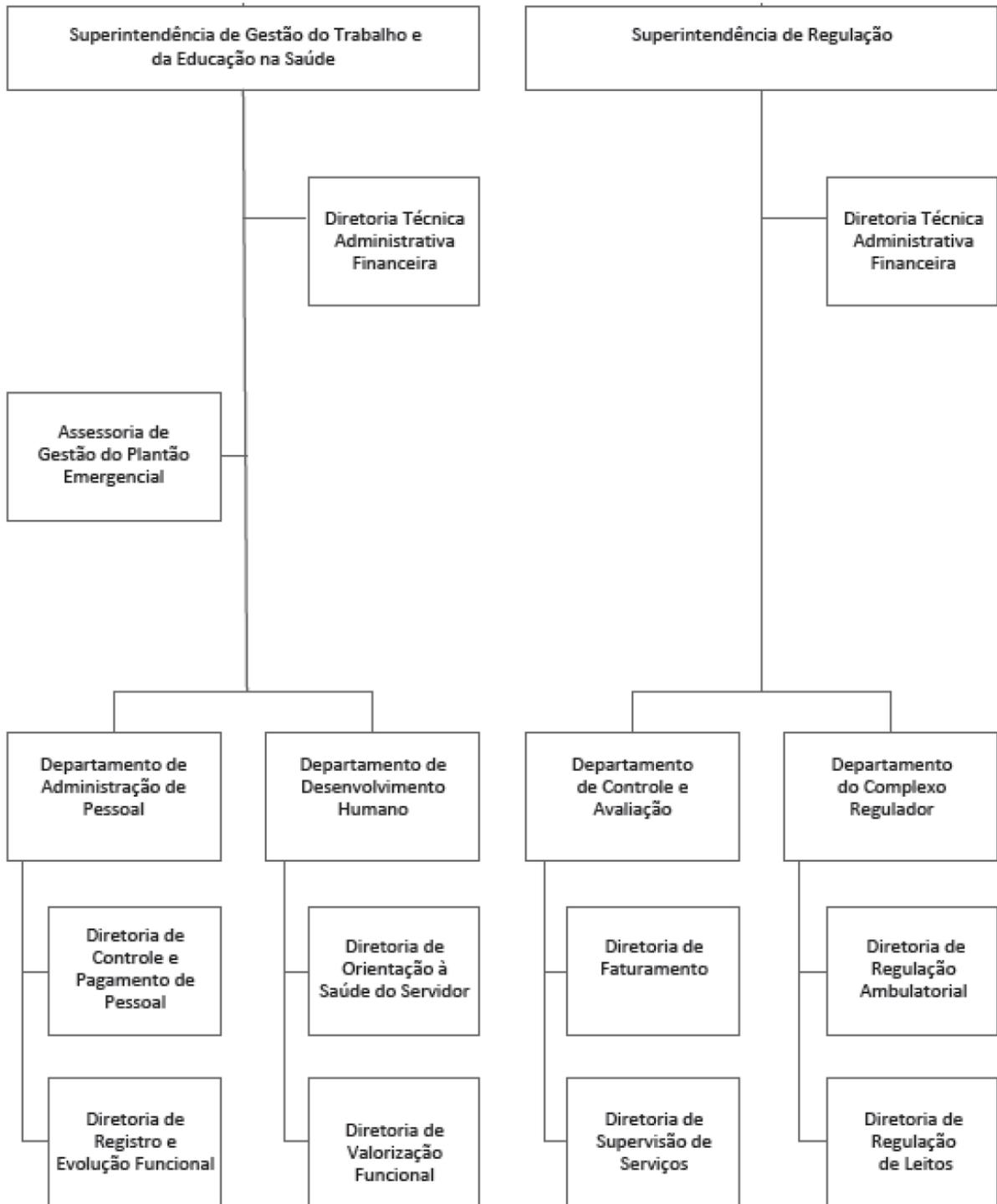
Anexo A

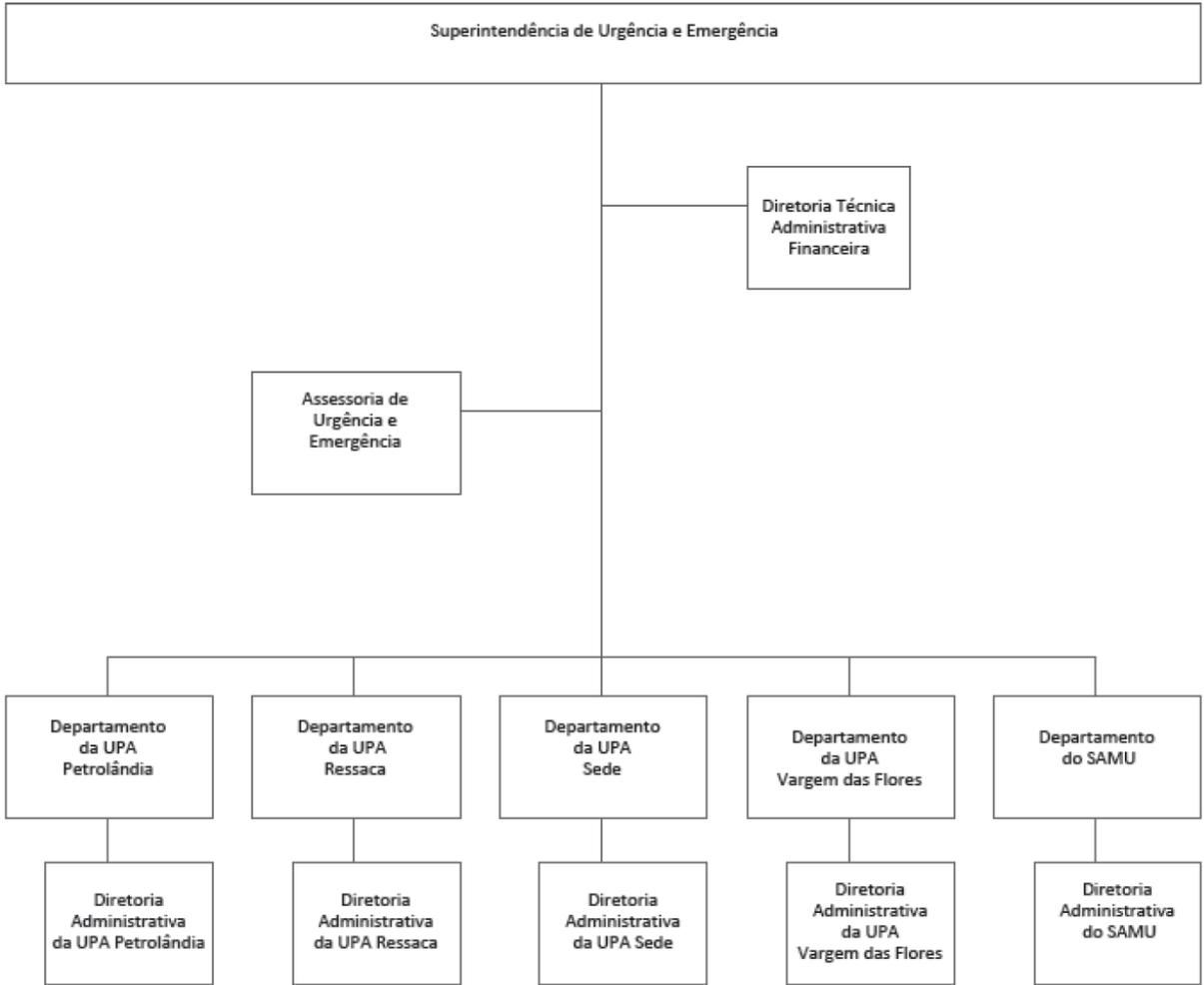
Organograma da Fundação de Saúde do Município

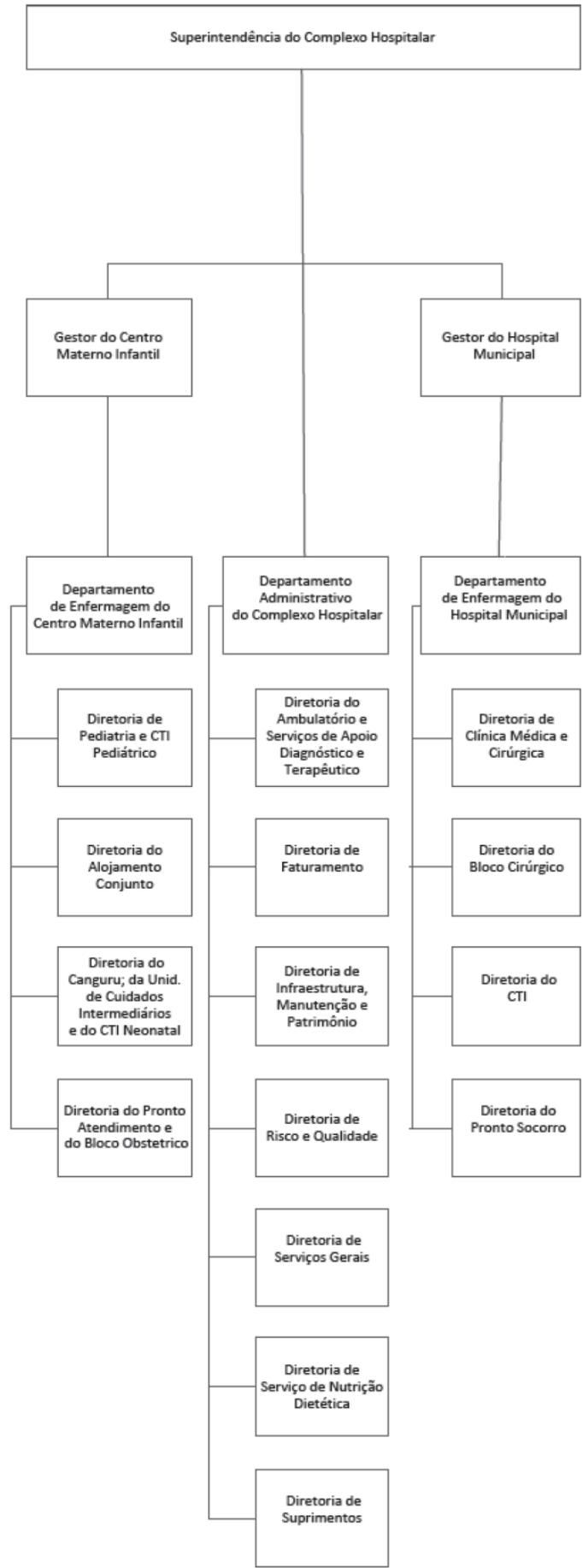












Anexo B

Declaração dos Direitos das pessoas portadoras de deficiências

Resolução ONU N° 2.542/75 - Declaração dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiências

A Assembleia Geral, consciente que os Estados Membros assumiram em virtude da Carta das Nações Unidas, em obter meios, em conjunto, ou separadamente, para cooperar com a Organização das Nações Unidas, a fim de promover níveis de vida mais elevados, trabalho permanente para todos, condições de progresso, desenvolvimento econômico e social. proclama a presente DECLARAÇÃO DOS DIREITOS DAS PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIAS e solicita que se adotem medidas em planos nacionais e internacionais para que esta sirva de base e referência comuns, para o apoio e proteção destes direitos".

- 1) O termo pessoa portadora de deficiência, identifica aquele indivíduo que, devido a seus "déficits" físicos ou mentais, não está em pleno gozo da capacidade de satisfazer, por si mesmo, de forma total ou parcial, suas necessidades vitais e sociais, como faria um ser humano normal.
- 2) Os direitos proclamados nessa declaração são aplicáveis a todas as pessoas com deficiências, sem discriminação de idade, sexo, grupo étnico, nacionalidade, credo político ou religioso, nível sócio-cultural, estado de saúde ou qualquer outra situação que possa impedi-la de exercê-las, por si mesmas ou através de seus familiares.
- 3) Às pessoas portadoras de deficiências, assiste o direito, inerente a todo a qualquer ser humano, de ser respeitado, sejam quais forem seus antecedentes, natureza e severidade de sua deficiência. Elas têm os mesmos direitos que os outros indivíduos da mesma idade, fato que implica desfrutar de vida decente, tão normal quanto possível.
- 4) As pessoas portadoras de deficiência têm os mesmos direitos civis e políticos que os demais cidadãos. O § 7º da Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes mentais, serve de pano de fundo à aplicação desta determinação.
- 5) As pessoas portadoras de deficiências têm o direito de usufruir dos meios destinados a desenvolver-lhes confiança em si mesmas.
- 6) As pessoas portadoras de deficiências têm direito a tratamento médico e psicológico apropriados, os quais incluem serviços de prótese e órtese, reabilitação, treinamento profissional, colocação no trabalho e outros recursos que lhes permitam desenvolver ao máximo suas capacidades e habilidades e que lhes assegurem um processo rápido e eficiente de integração social.
- 7) As pessoas portadoras de deficiências têm direito à segurança econômica e social, e, especialmente, a um padrão condigno de vida. Conforme suas possibilidades, também têm direito de realizar trabalho produtivo e remuneração, bem como participar de organizações de classe.

8) As pessoas portadoras de deficiências têm direito de que suas necessidades especiais sejam levadas em consideração, em todas as fases do planejamento econômico-social do país e de suas instituições.

9) As pessoas portadoras de deficiências têm direito de viver com suas próprias famílias ou pais adotivos, e de participar de todas as atividades sociais, culturais e recreativas da comunidade. Nenhum ser humano em tais condições, deve estar sujeito a tratamento diferente de que for requerido pela sua própria deficiência e em benefício de sua reabilitação. Se for imprescindível sua internação em instituições especializadas, é indispensável que estas contem com ambiente e condições apropriadas, tão semelhantes quanto possível aos da vida normal das demais pessoas da mesma idade.

10) As pessoas portadoras de deficiências têm direito à proteção contra qualquer forma de exploração e de tratamento discriminatório, abusivo ou degradante.

11) As pessoas portadoras de deficiência têm direito de beneficiar-se da ajuda legal qualificada que for necessária, para proteção de seu bem-estar e de seus interesses.

12) As organizações em prol das pessoas portadoras de deficiência, devem ser consultadas em todos os assuntos referentes aos direitos que concernem a tais indivíduos.

13) As pessoas portadoras de deficiência, seus familiares e a comunidade devem estar plenamente informados através de meios de comunicação adequados, dos direitos proclamados nesta declaração".

(United Nations Secretariat, 1975)

Anexo C

Caso F - Breve relato da história de vida (por ele mesmo, em 2015)

Meu nome é F.L.V., tenho 54 anos de idade, sou artista plástico e iniciei meu percurso de tratamento psiquiátrico e psicológico há mais de 25 anos. Alguns médicos me falam do diagnóstico de esquizofrenia paranoica, outros de transtorno bipolar.

Exponho meus trabalhos na Feira de Artesanato de BH e passei a me dedicar também, desde 2007, ao trabalho voluntário nos serviços de saúde mental de (nome da cidade): antes era Oficineiro no CAPS e, atualmente, auxilio nas oficinas do Centro de Saúde, fazendo parte do Grupo (nome do grupo).

Gostaria de continuar meu trabalho direcionado a pacientes com sofrimento psíquico, por tudo que carrego em minha bagagem de experiência e crença na integração social necessária à vida.

Tenho formação Superior de Educação Artística (incompleta), pela Escola Guignard. No período de 1984 a 1991, participei de projeto piloto na Escola (nome), onde senhoras estudavam técnicas de modelagem e escultura em argila. Passei a conviver com os alunos, auxiliando na confecção das peças, a fim de explorar o desenvolvimento da autoestima de cada participante, e produzindo, sob encomenda dos alunos, cópias dos trabalhos em liga de bronze. O curso que se realizava era destinado a pessoas em tratamento psicológico e psiquiátrico. Hoje, dessas pessoas, várias são artistas de sucesso, e algumas possuem, inclusive, em seu ateliê, aulas para pessoas que possuem a mesma situação pela qual passavam naquela época (terapia, tratamento psicológico e psiquiátrico).

Realizei no grupo (nome) um trabalho de aprendizado de como estabelecer hábitos de alimentação, higiene e relaxamento com o objetivo de desintoxicar o corpo do excesso de substâncias, sejam, como no meu caso, remédios psiquiátricos, que se acumulam no organismo, produzindo efeitos colaterais parecidos com os que existem nos usuários de drogas. Aplico, na medida do possível, tais métodos que embora simples, seguem uma rotina de elaboração construtiva constante na vida, a todo momento, em diferentes situações.

Em uma Clínica Psiquiátrica que estive, aprendi um sistema de relaxamento que inclui um “sonho acordado dirigido”, que produz resultados para os terapeutas avaliarem formas de apoio e auxílio na melhora do padrão de saúde, inclusive filosófico-comportamental dos pacientes.

Na Escola (nome), aprendi uma forma de sensibilização de objetos, sejam alimentos ou outros objetos agradáveis, que trabalham o relaxamento e em seguida o aprimoramento da sensibilidade dos sentidos do homem, sejam: tato, som, cheiro, imaginação, sensações agradáveis visuais, suavidade para maior aproveitamento e movimentação dos módulos (partes do corpo) pouco usados, e exercícios de restauração e descanso das articulações, para diminuir a tensão muscular quando em exercício dos mesmos.

Em hospitais psiquiátricos por onde estive, busquei formas de criar uma convivência construtiva durante a experiência de internação involuntária: 1 – Sinalização com papel colorido, se o paciente gostaria de receber outros pacientes em seu quarto; 2 – Utilização de uma mistura de água com algumas balinhas de halls na garrafa, para pacientes que tinham mau hálito, a fim de ter uma melhor comunicação com eles; 3 – Não dar cigarro, mas sim emprestar um ou mais cigarros, até que o paciente consiga um maço para pagar a dívida; 4 – Promovi, várias vezes, sessões de relaxamento para amenizar, por exemplo, a ansiedade que pode provocar até dores; 5 – Promovi entre os pacientes uma atitude reflexiva, quando recebem determinadas frases que são ditas a eles e provocam desequilíbrio, através de experiências de grande sofrimento mental. Algumas dessas frases podem desencadear crises profundas. Eu, por exemplo, já vivi esta condição, quando diziam a mim “ih, você já não está bom...” Automaticamente, eu entrava em surto de pânico, a memória voltava ao passado remexendo recordações ruins e iniciando processos de crise, como se fosse um processo de gatilho hipnótico difícil de superar. Só no CAPS consegui fortalecer-me, para trabalhar positivamente esta dinâmica e, principalmente, combatê-la, mantendo o equilíbrio e o alongamento da frase num plano ameno.

Trabalhei sob contrato de um ano e dois meses na unidade da FEBEM (H.), como instrutor de cerâmica, no Projeto Federal “Recriança”, onde buscava desenvolver junto aos meninos e meninas o sentimento de que os mesmos poderiam, caso se aplicassem nas oficinas, conseguir um espaço na vida, com trabalho, com alegria e sucesso financeiro. Para realizar as oficinas, era preciso ressuscitar dentro da consciência das crianças e adolescentes, que eles tinham as condições de mudanças como as outras pessoas. A experiência de

abandono que era o dia a dia dos mesmos na rua, nas favelas, expunha os mesmos a uma condição desumana que destrói num primeiro momento a autoestima, e posteriormente, construía uma realidade que era diferente, e que a única possibilidade que possuíam era seguir o caminho da liberdade através de atos de contravenções e crimes. Separamos os meninos da convivência fácil com as meninas, pois havia muitos casos de sexo e até gravidez ocorridas por relacionamentos furtivos dentro da própria FEBEM. Seleccionávamos os meninos mais novos para uma experiência de trabalho dentro da FEBEM como Office boys e para surpresa os meninos mais velhos se entusiasmaram por trabalhar também. A FEBEM, assim, conseguiu empregar a maioria dos meninos fornecendo uma marmita cedo, vale transporte de ida e volta do trabalho, alimento quando retornavam e roupa lavada. Através do acompanhamento dos meninos, observamos que alguns não respondiam positivamente às nossas ações, tinham dificuldades estranhas, e ao submetê-los a peritos psiquiátricos, ficou constatado que os meninos possuíam distúrbios, e assim passaram a serem cuidados de forma diferenciada.

Naquela época da FEBEM, eu dava aulas de modelagem em argila, e, ao mesmo tempo lançava desafios de construir entre eles um sistema de respeito e convivência pois estavam todos no mesmo barco. Estrategicamente esta atitude leva a formação de um ambiente de convívio pacífico, e que permitia o processo de transferência do conteúdo da minha oficina que era moldar e retornar a autoestima, e, em conjunto com a psicóloga e com a pedagoga, desenvolver novas atividades, as quais antes testadas não conseguiram frutificar. Iniciamos a construção de cartazes, onde eram colocados os direitos dos meninos, para que os instrutores tivessem atenção ao limite de suas autoridades no trato com os meninos, e que os mesmos se encaixando na construção de um ambiente saudável dentro da FEBEM poderiam ter uma perspectiva diferente a partir daí. Estas iniciativas prepararam as autoridades da FEBEM, da Polícia, funcionários em geral, para adaptação mais fácil, em Minas Gerais, do Estatuto da Criança e do Adolescente, que anos depois foi implantado.

SOBRE MINHA CONTRIBUIÇÃO EM OFICINAS TERAPÊUTICAS

NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

O objetivo principal do trabalho que realizo junto aos terapeutas é preparar o portador de sofrimento mental, para que sua vida modifique o conteúdo de tormentas, melhorando a forma de convivência com as outras pessoas a sua volta. Trabalho para estabelecer a elevação da autoestima como possível em cada um. Promover uma maior aproximação do paciente com seu médico e demais terapeutas, dentro de um processo de comunicação pela linguagem da arte, ou artes plásticas, ou dança, ou teatro, ou formas de postura em diálogo, na forma possível de comunicar e assim ser compreendido, o que é a parte estrangulada num processo de sofrimento mental.

Minha contribuição nas oficinas que ofereço é colaborar com sucesso do paciente na transmissão que ele faz do seu estado de saúde verdadeiro, o que sente, sua vivência muitas vezes difícil de expressar, e o que pode avançar na integração com a sociedade. Acredito que é preciso fortalecer através de instrumentos artísticos, a inclusão do usuário na sociedade. E também, com a possibilidade de retorno a uma atividade de trabalho, mesmo fora da área artística, pois o trabalho tem um valor para o ser humano, pra qualquer um de nós, que enfrentamos o preconceito.

Nas oficinas que conduzo, juntamente com as terapeutas, são utilizadas várias formas de desenvolvimento: pintura, trocas de experiências de vida, curiosidade positiva sobre como a reação de alegria se diferencia no grupo e auxilia na convivência. Danças livres, em parte ensinadas e em parte criadas pelos pacientes como forma complementar. Criação coletiva de histórias e cenários para teatro. Desenvolvo também atividades de reciclagem com propósito posterior de utilização como vasos de plantas, pintura coletiva de quadros, feitos por vários pacientes ao mesmo tempo, interagindo com respeito e equilíbrio do conjunto evoluído.

Muitos pacientes que se encontravam com módulos reduzidos e grotescos de movimentos, nas mãos, nas pernas em geral, através do trabalho e atividades, foram aperfeiçoando. Assim como a forma de comunicar começou a ficar mais coerente, com mais clareza, entre o que se queria dizer ao profissional de saúde (médico, psiquiatra, terapeuta), sem utilização de palavras ou comportamento que geravam lacunas no entendimento, alcançando um modo mais refinado. A vontade de voltar a ser produtivo passou a ser vista como possível, e não só ficar esperando a aposentadoria como única forma de continuidade no dia a dia, inclusive buscando empregos diferenciados, a fim de não ficar parado, e assim com aprimoramento conjunto subir degraus na escala e no número de atividades que se tornarão capazes de realizar.

Já participei de mobilização junto aos familiares dos pacientes, com o envolvimento dos profissionais de saúde, pedindo colaborações de materiais recicláveis para as oficinas, ou pedindo apoio com materiais diversos. Numa ocasião, propus um convite às crianças da escola pública próxima e demais da vizinhança, pra compartilharem conosco da pintura de paredes externas da entrada do CAPS. Colaborei com exposição do trabalho artístico dos pacientes em feiras externas e espaços temporários em shopping, envolvendo os cidadãos de Contagem na causa da inclusão social. Participei de peças teatrais que foram apresentadas nas manifestações de 18 de Maio.

Ao longo de mais ou menos oito (08) anos, desenvolvo esse trabalho com portadores de sofrimento mental em parceria com o CAPS (nome) (2007 a 2009) e com o Centro de Saúde (nome) (de 2011 até os dias atuais). Os profissionais do CAPS e do Centro de Saúde sempre acreditaram no meu trabalho e nunca falaram em me aposentar. Isso eu nunca quis. Nunca pedi o benefício do INSS, porque acredito no benefício do trabalho, principalmente o trabalho cooperado. Os benefícios são o desenvolvimento da integração social, com respeito, com gentileza maior entre o grupo de pacientes presentes nas oficinas, e também fora do espaço da oficina, com as famílias deles, pois há sempre uma troca de conhecimento, de calor humano, de esperança e de novos horizontes para todos.

Para que possa seguir adiante, acredito na possibilidade de alcançar a construção de uma “Fundação para pacientes portadores de sofrimento mental, parentes e amigos”, com enfoque na convivência e no coletivo como força apaziguadora, com apoio do setor público na área de saúde em geral.

Para a continuidade das oficinas que realizo, que dei o nome de OFICINA (nome), buscamos o apoio da Prefeitura de (nome da cidade) e demais setores, ou de pessoas que possam e queiram colaborar, principalmente, com a logística de materiais e mercado para divulgação e venda da nossa produção, que ainda é pequena, mas acredito que poderá crescer. Assim como o apoio da experiência positiva adquirida a cada nova experiência, como a de participante do Grupo (nome), sob direção da Ilma. Sra. Psicóloga P. e auxiliada pela equipe do Centro de Saúde.

Tenho em mente a vontade de conhecer mais sobre cooperativismo social, porque acho que nosso trabalho pode se fortalecer se for criada uma cooperativa. Precisamos ter organização para conseguir mais material e ferramentas necessárias para o aprimoramento e

continuidade do desenvolvimento das oficinas de artesanato, construção de movimentos para buscar integração de apoio na sociedade civil e pública, apoio ao teatro de construção criadora terapêutica do Grupo (nome).

Estamos construindo etapas para que seja possível buscar o comércio da nossa produção artística, e criar a infra-estrutura de pessoal para a obtenção da autonomia que buscamos todos os envolvidos.

Envio junto a esse relato, em arquivos à parte, um DVD com fotos e um vídeo sobre meu trabalho.

