

TATIANA RAMMINGER

TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL: REFORMA
PSIQUIÁTRICA, SAÚDE DO TRABALHADOR E MODOS DE
SUBJETIVAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

PORTO ALEGRE, 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
SOCIAL E INSTITUCIONAL

TATIANA RAMMINGER

TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL: REFORMA
PSIQUIÁTRICA, SAÚDE DO TRABALHADOR E MODOS DE
SUBJETIVAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Psicologia Social e Institucional, do Instituto de
Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em
Psicologia Social e Institucional.

Orientador: Henrique Caetano Nardi

PORTO ALEGRE, 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E
INSTITUCIONAL

TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL: REFORMA PSIQUIÁTRICA,
SAÚDE DO TRABALHADOR E MODOS DE SUBJETIVAÇÃO NOS
SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

Dissertação apresentada à banca examinadora:

Profa. Dra. Jaqueline Tittoni

Prof. Dra. Regina Benevides

Profa. Dra. Simone Maineri Paulon

Prof. Dr. Henrique Caetano Nardi
Orientador

Porto Alegre, março de 2005.

PARA MARI NA E AMANDA,
QUE COLOCAM
CADA VEZ MAIS VIDA
EM MINHA VIDA!

AGRADECIMENTOS

Erich e Ignez Maria
pelo exemplo, pelo amor, pela liberdade

Vó Ignez e tio Beto,
pela fé que não costuma falhar

Companheiros do Fórum Gaúcho de Saúde Mental
pela "boa" luta

Miriam e Régis,
pela oportunidade e confiança

Ulisses,
pela (boa) companhia

Leca,
pela leveza não leviana

Jaque Tiltoni,
pela estética

Henrique,
pela ética

Carol Brasil,
pelas vidas (e sonhos) partilhados

Cláudio e Silvia,
pela parceria, sobretudo ética – e pelo
empenho na tradução

E...

Ao Chico,
Por tudo isso (e algo mais!)

RESUMO

A presente dissertação tem como principal objetivo analisar os efeitos da implantação da Reforma Psiquiátrica na saúde e nos processos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental. Valendo-se da genealogia, tal como entendida por Michel Foucault, o primeiro passo foi analisar as relações de forças que perpassam os acontecimentos históricos, determinando os diferentes regimes de verdade que sustentam as políticas públicas no Brasil, especialmente a saúde mental e a saúde do trabalhador. Identificamos, ainda, os cruzamentos e distanciamentos entre estes dois movimentos, a partir da análise dos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador e de Saúde Mental. Nosso segundo objetivo foi conhecer as políticas e ações de atenção à saúde do trabalhador de saúde mental, concluindo que as ações voltadas à atenção da saúde do servidor público não integram uma política pública, sendo que os enunciados da saúde do trabalhador têm uma frágil penetração em um campo ainda hegemônico da medicina do trabalho. O servidor público, como trabalhador, não tem merecido investimento, apenas controle, em consonância com um longo histórico de desvalorização do setor público. Esta realidade reflete-se nos serviços de saúde mental, onde o acolhimento (ou não) das questões relacionadas à saúde no trabalho dependem, exclusivamente, do funcionamento e das diretrizes de cada serviço. Entre as questões apontadas pelos trabalhadores de serviços de saúde mental em relação às iniciativas de cuidado com o trabalhador, cumprem papel de destaque a equipe e a supervisão. Outro fator apontado pelos entrevistados como fonte de estresse em seu trabalho, foram as limitações não apenas dos serviços de saúde mental mas, sobretudo, de outros equipamentos e ações de suporte social. Mesmo com todas as exigências e limitações dos serviços sob a égide da Reforma Psiquiátrica, a possibilidade de “inventar” o próprio trabalho, contrapõe-se à falta de perspectivas característica do trabalho nos hospitais psiquiátricos. Por fim, buscamos estabelecer a relação entre a rede enunciativa presente nos textos de sustentação das políticas de Saúde Mental e de Saúde do Trabalhador, e como esta rede atravessa e constitui o sujeito trabalhador dos serviços de saúde mental (subjetivação). Desenvolvemos a idéia de que o trabalhador de saúde mental, hoje, constrói-se em meio à disputa dos discursos que refletem o embate interno ao campo designado como Saúde Mental. É um espaço tenso por estar habitado por diferentes formações discursivas, desde a crença de que cuidar é uma forma de caridade (discurso religioso), passando pela afirmação de que é a ciência que pode falar do tratamento da loucura (discurso científico), até o entendimento de que não basta apenas conhecimento técnico-científico, mas também implicação política e afetiva com a construção de um outro modo de se relacionar com a loucura (Reforma Psiquiátrica). O trabalhador dos serviços de saúde mental constitui-se, ainda, na tensão entre o habitar um lugar rico para criação e invenção, e o confronto com a desvalorização de seu papel de servidor público, com a falta de investimentos e de ações intersetoriais, que impõem limites para a prática e sobrecarregam o trabalhador. É neste jogo que temos a subjetivação do trabalhador de saúde mental, considerando que é no confronto com o sofrimento - seja valendo-se dele para criar, seja lutando para não adoecer - que se dá o cotidiano do seu trabalho.

ABSTRACT

This master dissertation seeks to analyse the effects of the implementation of the psychiatric reform on the health and the subjectification processes of the mental health workers. Using genealogy, as understood by Michael Foucault, the first step was to analyse the force relations that intersect the historical happenings, determining the different regimes of truth that sustain public health policies in Brazil, specially those related to mental health and worker's health programs. We have also identified the crossing and aloofness between both movements, analyzing the reports of the Workers' Health and Mental Health National Conferences. Our second objective was to discuss the policies and the health care system directed to mental health workers. We concluded that the public employee's health care system do not integrate a public policy, taking into consideration that the worker's health's statements have a fragile penetration in the hegemonic field of occupational medicine. The public employee, as a worker, has not gotten the deserved investment, only control, which matches the long devaluation history of the public sector. This reality reflects on the mental health's services, where the welcome – or not – of the issues related to the health at the workplace depend on the functioning and the directives of each service, exclusively. Among the issues pointed by the workers from the mental health's services in relation to the workers' health care initiatives, the quality of group relations and the supervision have a salient role. Another factor pointed by the interviewed workers as a source of stress in their workplace was the material and structural limitations, not only in the mental health services but specially the lack of other public equipments and social support services that can supply the needs of the population attended. Even with all the demandings and limitations of the services under the auspices of the psychiatric reform, the possibility to "invent" the work itself, counterpoints the lack of perspectives typical of the restrained treatment options of the psychiatric hospitals. Finally, we seek to establish the relation between the statements' network present in the founding texts of Mental and Workers' Health Policies, and how this network crosses and constructs the mental health worker as an ethical subject (subjectification). We have developed the understanding that mental health workers, nowadays, constructs themselves between the disputes of the discourses that reflect the internal struggle of the mental health field. This is a tense space since it is inhabited by different discursive formations, from the belief that mental health care is a form of charity (religious discourse), passing along the affirmation that science only can dictate the ways of madness treatment (scientific discourse), until the understanding that the scientific and technical knowlege are not self sufficient but they need to be open to the democratic and political arena and accompanied by a warmhearted implication with the goal of building another ways to deal with madness (psychiatric reform). Still, the mental health worker constructs himself on the tension between occupying a prominent place in the creation and innovation linked to a new work and the confrontation with the devaluation of his/her role as a public employee, the lack of investment and the intersectorial actions that impose limits to the practice, overloading the worker. It is in this game that we can understand the subjectification processes of the mental health worker, considering that it is in the confrontation with the suffering – using it to create or to fight against the risks of becoming ill – that his/hers everyday work takes place.

SUMÁRIO

1	<u>UMA CURIOSIDADE, UMA ESCOLHA, UM CONCEITO</u>	8
1.1	UMA CURIOSIDADE	8
1.2	UMA ESCOLHA: A GENEALOGIA COMO FERRAMENTA DE PESQUISA EM PSICOLOGIA SOCIAL	19
1.3	UM CONCEITO: SUBJETIVIDADE OU COMO O SUJEITO FAZ A EXPERIÊNCIA DE SI EM UM JOGO DE VERDADE	22
2	<u>JOGOS DE VERDADE</u>	29
2.1	REFORMA SANITÁRIA: SAÚDE COLETIVA x SAÚDE PÚBLICA	29
2.2	REFORMA PSIQUIÁTRICA: SAÚDE MENTAL x PSIQUIATRIA	33
2.2.1	GENEALOGIA DO TRABALHO E DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL	33
2.2.2	SAÚDE DO TRABALHADOR NA SAÚDE MENTAL	45
2.3	SAÚDE DO TRABALHADOR x MEDICINA DO TRABALHO	51
2.3.1	FRAGMENTOS DA POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL	51
2.3.2	SAÚDE MENTAL NA SAÚDE DO TRABALHADOR	58
2.4	SAÚDE DO TRABALHADOR DE SAÚDE MENTAL	64
3	<u>EXPERIÊNCIA DE SI: SAÚDE DO TRABALHADOR E MODOS DE SUBJETIVAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL</u>	71
3.1	ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR DE SAÚDE MENTAL	72
3.2	TRABALHADOR DE SAÚDE MENTAL	77
4	<u>LOUCAS TRAJETÓRIAS</u>	100
5	<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	105
5.1	– LEGISLAÇÃO	111
6	<u>ANEXOS</u>	112

1 UMA CURIOSIDADE, UMA ESCOLHA, UM CONCEITO

1.1 Uma curiosidade

“(…) o motivo que me impulsionou é muito simples. Para alguns, espero que ele baste por si só. É a curiosidade; o único tipo de curiosidade que, de qualquer forma, vale a pena ser praticada com um pouco de obstinação: não aquela que busca se assimilar ao que convém conhecer, mas a que permite desprender-se de si mesmo. De que valeria a obstinação do saber se ela apenas garantisse a aquisição de conhecimento, e não, de uma certa maneira e tanto quanto possível, o extravio daquele que conhece? Há momentos na vida em que a questão de saber se é possível pensar de forma diferente da que se pensa e perceber de forma diferente da que se vê é indispensável para continuar a ver ou a refletir”. (FOUCAULT, 2004b, p.196-7)

Uma curiosidade só pode nascer na experiência, sendo assim esta dissertação é uma tentativa de refletir, sobretudo, sobre meu percurso profissional. Estou ciente do risco da escolha, pois mesmo que já tenha abandonado o paradigma da neutralidade científica, acredito que pensar é “estranhar” algo, exigindo um certo descolamento da experiência. Existe, portanto, uma distância e aproximação da experiência, necessárias para o exercício do pensamento.

O segundo perigo que tento evitar é cair em um “relativismo vazio” - estratégia para evitar tomar posição, em tempos nos quais o embate é condenado e evitado. Parece ser melhor buscar o consenso, ou nada afirmar, mesmo sob o risco da inconsistência. Concordo com Foucault que pensar é poder “desnaturalizar” o que parece evidente, ou seja, não tomar fatos como “naturais” - verdades absolutas ou parte de uma imutável essência - buscando compreender os jogos que determinam, a cada época, o que pode ser dito ou visto, ou ainda, o que deve manter-se na invisibilidade e no silêncio. Isto já determina uma tomada de posição, cuja função

daquele que se coloca a pensar não é determinar as melhores saídas e soluções, mas *“sacudir os hábitos e dissipar familiaridades”, ou “em outros termos, fazer um sumário topográfico e geológico da batalha”* (FOUCAULT, 1999f, p. 151).

Dissipar as familiaridades, desnaturalizar as evidências, ou seja, desapegar-se das certezas, não deve ser confundido com um desapegar-se da questão – daquilo que nos desafia a investigar – sendo necessário deixar claro o que iremos privilegiar e por quê. Se qualquer posição não é neutra, mas sempre política, há de se explicitar nosso lugar nessa construção. Começo, assim, por falar de meu lugar, do lugar daquela que pergunta.

Durante quatro anos (1999-2002) integrei a equipe da Coordenação da Política de Atenção Integral à Saúde Mental do Estado do Rio Grande do Sul. O desafio era tirar do papel a Lei da Reforma Psiquiátrica Estadual–LRP¹, aprovada em 1992, que versa sobre a reorientação do modelo assistencial em saúde mental, deslocando a assistência do hospital psiquiátrico para uma rede de serviços de atenção integral à saúde mental, de base comunitária. O Rio Grande do Sul foi a primeira unidade federativa brasileira a ter uma lei com esta finalidade, sendo seguido por outros sete estados² em sua iniciativa até que o processo fosse legitimado nacionalmente com a aprovação, somente em 2001, da Lei Nacional³.

No Rio Grande do Sul este processo conquistou espaço governamental já no final da década de 1980, com o governo Simon (1987-1990), visto que neste período foi criada a Coordenação de Atenção Integral à Saúde Mental na Secretaria de Estado da Saúde, afirmando politicamente, e pela primeira vez, que a Saúde Mental não deveria limitar-se aos muros do Hospital Psiquiátrico. A coordenação coube à Sandra Fagundes⁴, referência da luta antimanicomial no Estado. No entanto, nos governos seguintes – Collares (1991-94) e Britto (1995-98) - observamos uma política de governo avessa aos princípios da reforma psiquiátrica, apesar das inegáveis conquistas alavancadas pela gestão de Sandra Fagundes, tais como a aprovação da LRP em 1992, a abertura de serviços de saúde mental em vários

1 Lei Estadual 9716/92.

2 Ceará: Lei nº 12.151; Distrito Federal: Lei nº 975; Espírito Santo: Lei nº 5.267; Minas Gerais: Lei nº 11.802; Paraná: Lei nº 11.189; Pernambuco: Lei nº 11.0644; Rio Grande do Norte: Lei nº 6.758.

3 Lei Nacional 10216/01.

4 Secretária Municipal da Saúde de Viamão (1998-2002) e Secretária Municipal da Saúde de Porto Alegre (2003-04).

municípios e a formação de trabalhadores de saúde no paradigma da saúde mental coletiva.

“A autocrítica desse momento, feita por Sandra Fagundes (em entrevista), é com relação à constatação da falta de dispositivos dos movimentos sociais que garantissem continuidade aos projetos e serviços de modo mais independente da máquina administrativa”. (RIBEIRO, 2002, p. 47).

Sendo assim, em que pese a disposição hercúlea dos governos municipais e dos trabalhadores, que bancaram solitária e solidariamente as novas modalidades de atendimento em saúde mental, ainda não era possível avançar em pontos importantes sem os respaldos estadual e nacional. Em 1999, com o início do governo de Olívio Dutra do Partido dos Trabalhadores, pela primeira vez um Gestor Estadual assume a Reforma Psiquiátrica não só como compromisso de Governo, mas como prioridade⁵. Embora aqui não se trate de uma defesa de proposta de governo, mas de uma análise de minha implicação neste processo⁶, é inevitável apontar as diferenças entre esta e outras experiências de gestão, a começar pelos nomes escolhidos para a Coordenação de Saúde Mental do Estado e para a Direção do Hospital Psiquiátrico São Pedro⁷, ambos indicados pelo Fórum Gaúcho de Saúde Mental⁸, anunciando o esforço do Governo em estabelecer projetos legitimados e em parceria com os movimentos sociais.

Nossa equipe de trabalho, diversificada e qualificada, contava com pessoas experientes e generosas, que desde o início abriram portas (e janelas) para mim, mera “aprendiz”. Trabalhamos, sobretudo, na implantação/implementação da rede de atenção integral à saúde mental, o que incluía desde formação e capacitação para os trabalhadores, até negociação com os gestores, passando pela regulação e financiamento das ações. Conheci várias regiões do Estado, aproximando-me das suas diferentes realidades. Da mesma forma, tive a oportunidade de conhecer outros projetos semelhantes no Brasil, principalmente no Rio de Janeiro e em São Paulo. Todos nossos projetos incluíram outras políticas de saúde (Trabalhador; Mulher; Criança e Adolescente; PACS-PSF; DST-AIDS; entre outras) e/ou outras Secretarias

5 O Governo tinha alguns projetos considerados prioritários e estratégicos, monitorados diretamente pela SGG – Secretaria Geral de Governo. O São Pedro Cidadão que citarei a seguir era um deles.

6 Conforme o entendimento de Lourau (1993), a análise de implicação é a análise dos lugares que ocupamos, ativamente, em uma intervenção.

7 Míriam Dias e Régis Cruz, respectivamente.

de Governo (Habitação; Educação; Cultura; Trabalho, Cidadania e Assistência Social; para citar as principais), em um entendimento de que tão importante quanto o trabalho interdisciplinar, são as políticas intersetoriais e intersecretarias, que radicalizam o princípio da "integralidade", ampliando o conceito de saúde. Este passa a ser compreendido não apenas como "ausência de doença" ou "direito ao melhor tratamento", mas também como acesso à moradia digna; trabalho e renda; educação; cultura; e lazer. Conheci pessoas, discursos, práticas, movimentos, vidas, projetos, mudanças, retrocessos. Aprendi, sobretudo, a fazer e assumir minha posição política. Micro e macropolítica.

Certamente, uma de nossas prioridades era a transformação do Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP)⁹ - lugar da loucura e símbolo do (des)cuidado com o "louco" em nosso Estado. O documento orientador desta mudança foi a "Carta São Pedro Cidadão", fruto de uma forte mobilização, liderada pela Comissão de Saúde Mental do Conselho Estadual de Saúde, em 1993, em um esforço de planejar as ações futuras a partir da aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica.

O *São Pedro Cidadão* virou marca de Governo, modificando a atenção prestada pelo Hospital, a partir da formação de uma rede de dispositivos sócio-cultural-sanitários, em um trabalho que envolveu, para se ter idéia de sua amplitude, as áreas da saúde, educação, habitação, trabalho, justiça, cultura, meio ambiente, obras e planejamento, além de contar com o apoio de importantes movimentos sociais. A tentativa era estabelecer uma política pública, para além de um programa de governo. Particularmente, tive um envolvimento singular e afetivo com este Projeto, que se multiplicava em tantos outros, acompanhando o planejamento e execução das ações necessárias.

Com o tempo percebemos, não sem lamentar, que os entraves não estavam na falta de "vontade política" ou de recursos financeiros. Ao contrário, **nunca tivemos tanto apoio, crédito e financiamento governamental para mudar a lógica manicomial. E por que isso não bastava? Esta foi minha primeira pergunta, minha primeira curiosidade.**

8 Representante da Luta Antimanicomial no Estado do Rio Grande do Sul.

9 Na verdade, aqui "transformação" aparece como eufemismo, pois a luta antimanicomial defende o fim das instituições psiquiátricas, o que não significa negar a necessidade de internação psiquiátrica em alguns momentos pontuais. Como governo, no entanto, trabalhamos com o conceito de "transformação" por entender o fim do manicômio como processo.

Talvez a resposta esteja naquilo que Pelbart (1991) chamou de nossos “manicômios mentais”:

“(…) não basta destruir os manicômios. Também não basta relativizar a noção da loucura compreendendo seus determinantes psicossociais, como se a loucura fosse só distúrbio e sintoma social, espécie de ruga que o tecido social, uma vez devidamente ‘esticado’ através de uma revolucionária plástica sócio-política, se encarregaria de abolir. Nada disso basta, e essa é a questão central, se ao livrarmos os loucos dos manicômios mantivermos intacto um outro manicômio, mental, em que confinamos a desrazão” (idem, p.132).

O enclausuramento do louco nos manicômios foi o resultado concreto da afirmação da razão como única forma de acesso à verdade. Como alerta Foucault (1999a), a modernidade destituiu a loucura de seu valor de verdade, marcando o rompimento entre razão e desrazão, bem como a impossibilidade de um diálogo entre ambas.

É neste sentido que começamos a entender que promover a desospitalização dos portadores de transtorno mental, criando novos dispositivos de cuidado, não é o mesmo que desinstitucionalizar a loucura. Quando falamos de “instituição” não estamos nos referindo a um estabelecimento, um local específico, e sim a um modo de funcionamento instituído, considerado como imóvel e imutável. A desinstitucionalização seria, portanto, questionar o que parece natural, questionar as verdades absolutas (LOURAU, 1993). Desinstitucionalizar é colocar em questão a noção de Loucura como impossibilidade de pensamento, assim como as práticas e formas de relação que com ela estabelecemos.

Sendo assim, não podemos tratar do tema da Reforma Psiquiátrica apenas no âmbito assistencial, jurídico, pedagógico ou ideológico. A desinstitucionalização inscreve-se no plano dos processos de subjetivação, nos quais devemos abrir espaços de problematização e análise das diferentes implicações das pessoas com a Loucura (PAULON, 2002).

Neste sentido, percebemos uma alteração significativa no quadro de funcionários (trabalhadores) nos locais que investiram em um projeto de desinstitucionalização e que pudemos acompanhar pelo Brasil. Em geral são experiências em instituições privadas¹⁰, filantrópicas¹¹ ou de parceria entre poder

10 A Casa, em São Paulo - SP.

11 O Instituto Cândido Ferreira, em Campinas – SP.

público e Organizações Não Governamentais – ONG's¹², que permitem certa flexibilização para contratação de trabalhadores mais sensibilizados e identificados com as propostas da Reforma Psiquiátrica. Serão estas as condições necessárias?

Um processo de desinstitucionalização só é possível com trabalhadores-militantes?

Com certeza esta era uma angústia frente à realidade do Hospital Psiquiátrico São Pedro - um Hospital Público, mantido exclusivamente com recursos do Tesouro do Estado. O último concurso, realizado em 1994, foi para preencher cargos em toda a Secretaria de Saúde do Estado. Quem fazia concurso para auxiliar de enfermagem, por exemplo, poderia tanto ir trabalhar fazendo curativo no Hospital Partenon, como cuidando de pacientes psiquiátricos no São Pedro. Um médico ou psicólogo, da mesma forma, não sabia, ao inscrever-se no concurso, onde iria trabalhar, muito menos que clientela atenderia. Ou seja: não havia contratação para um trabalho específico em saúde mental, tampouco pautado pelos princípios da Reforma Sanitária ou Psiquiátrica. Pesquisa recente (RAMMINGER, 2002) nos permitiu constatar que a maioria dos trabalhadores do HPSP têm mais de 15 anos de trabalho no Hospital, muitas vezes no mesmo setor, sem supervisão ou qualquer outro tipo de acompanhamento, incentivo, avaliação ou capacitação. Viram governos saírem e entrarem. Promessas. Discursos. *“E tudo ficou sempre igual, nunca deu em nada. Só o que muda aqui, são os diretores”* (auxiliar de enfermagem, em grupo de supervisão do Projeto Morada São Pedro¹³).

12 Parcerias como a da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e a APACOJUM (Associação de Parentes e Amigos do Complexo Juliano Moreira) que oportunizou a criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos para os moradores do Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira; ou a fecunda parceria da Prefeitura Municipal da mesma cidade com o Instituto Franco Basaglia que tem facilitado diversas ações em consonância com a Reforma Psiquiátrica no Rio de Janeiro.

13 O Projeto Morada São Pedro foi uma parceria conjunta da Secretaria da Saúde – com a construção de 36 Serviços Residenciais Terapêuticos para 144 moradores do HPSP na Vila São Pedro, vizinha ao Hospital; da Secretaria Especial de Habitação - com a regularização fundiária da Vila São Pedro, ou seja, a posse da terra e a infra-estrutura de moradia, luz, água e esgoto tratado para os moradores da Vila; e da Secretaria de Trabalho, Cidadania e Assistência Social - com os Coletivos de Trabalho, projeto de geração de renda que incluía 150 moradores da Vila e do HPSP, que organizaram-se, inicialmente, em quatro iniciativas: cooperativa de resíduos sólidos (lixo), salão de beleza, costura, e babás. Destas, apenas a primeira continua em funcionamento. É uma das cooperativas cadastradas e oficializadas pelo DMLU – Departamento Municipal de Limpeza Urbana - de Porto Alegre, sendo também a primeira cooperativa mista na área da saúde mental, visto que não se restringe a portadores de sofrimento psíquico, incluindo os moradores da Vila.

Nosso desafio enquanto equipe Gestora foi apostar na formação destes funcionários, inicialmente por não ter opção e, posteriormente, por convicção¹⁴. Estrategicamente, investiu-se em assessoria, supervisão e formação continuada dos trabalhadores.

A Residência Integrada em Saúde Mental¹⁵ foi retomada no sentido de incentivar práticas interdisciplinares, ampliando a área de ensino do Hospital, antes restrita aos médicos, para os profissionais de psicologia, enfermagem, serviço social, educação física, terapia ocupacional e artes plásticas.

A Escola de Saúde Pública formulou o Curso Básico de Qualificação em Acompanhamento Terapêutico, dirigido a trabalhadores de nível médio, ou seja, justamente aqueles que se ocupam mais diretamente do cuidado do usuário e, não por acaso, incluídos no nível hierárquico inferior das equipes de saúde.

As tarefas relacionadas à enfermagem, especialmente as atividades dos auxiliares e atendentes são, *“a um só tempo, as mais intensas, repetitivas e social e financeiramente pior valorizadas”* (PITTA, 1991, p. 54), sendo que vários estudos apontam uma relação significativa entre o sofrimento no trabalho e o contato direto e diário com o paciente (LIVINGSTON, 1984; PITTA, 1991; RAMMINGER, 2002). No emblemático filme “Bicho de Sete Cabeças”, um atendente afirma ao protagonista: *“Eles (os técnicos) vão e vêm, quem fica somos nós: eu e você”*. Também Lanzarin (2003), ao investigar o sofrimento de auxiliares de enfermagem de um hospital psiquiátrico, conclui que estes não são carcereiros, ao contrário, estão encarcerados como os pacientes que atendem. Desacreditados, incrédulos, despotencializados. Trabalhadores que chegam a se confundir com sua clientela, em maneirismos e vícios corporais, de linguagem e de ações, que traduzem, sobretudo, seu sofrimento.

Aqui pulsa uma outra pergunta: **a capacitação e formação dos trabalhadores bastam para avançar nos processos de desinstitucionalização da loucura?**

Basaglia (1990), idealizador da Reforma Psiquiátrica Italiana que inspirou a Reforma Psiquiátrica Brasileira, afirmava que a principal característica dos

14 Não tínhamos escolha porque a possibilidade de realizar novo concurso público era remota, pois o prazo para vencimento do concurso de 1994 não havia expirado, devido a entraves burocráticos e jurídicos. Além disso, o núcleo de poder de nossa Secretaria questionava a chamada “terceirização da saúde”, não vendo com bons olhos a contratação ou repasse de dinheiro para que outras instituições cumprissem o papel que originalmente é do Estado.

15 A primeira experiência no Estado foi no governo Simon, sendo extinta no governo seguinte.

estabelecimentos psiquiátricos é uma separação entre aqueles que têm o poder e aqueles que não o têm. Foucault (1999e, p. 124), na mesma direção afirmava que *“todas as grandes reformas, não só da prática psiquiátrica, mas do pensamento psiquiátrico se situam em torno desta relação de poder, são tentativas de deslocar a relação, mascarar-la, eliminá-la, anulá-la”*. Isto nos leva a pensar que talvez o que legitime um processo de desinstitucionalização seja a mudança efetiva na rede de relações de poder, tanto na relação entre os trabalhadores, como destes com os gestores e com os usuários.

Palombini (2003, p. 161) enfatiza o quanto ainda temos que avançar nas relações de trabalho daqueles que se ocupam do cuidado dos loucos. Salienta que a ética que rege tais relações não se destaca daquela que regula a relação com a loucura nestas instituições, pois a lógica manicomial se sustenta no tratamento moral, que institui *“a obediência como modo de relação, desautorizando a invenção e prescrevendo comportamentos”*. A autora conclui que uma subversão desta lógica *“somente se faz efetiva se é capaz de subverter também o modo hierarquizado, autoritário e prescritivo que historicamente moldou a constituição das equipes de trabalho no campo da saúde mental”*.

Não basta, portanto, investir em capacitação e formação, sem o concomitante compromisso de criar espaços de reflexão sobre o trabalho, para além da afirmação de verdades e respostas, nos quais se possa construir coletivamente um novo saber, considerando também as experiências dos trabalhadores. *“Eu entrei aqui e não sabia nada. Aprendi com meus colegas. Trabalho assim há vinte anos e sempre deu certo. Agora vocês chegam aqui e dizem que está tudo errado? Que tem que mudar tudo?”* (auxiliar de enfermagem, em grupo de supervisão do Projeto Morada São Pedro).

“Não há resgate de cidadania, não há acolhimento à diferença radical que representa a loucura, se os profissionais que com ela trabalham não forem, eles também, respeitados em suas diferenças e reconhecidos como sujeitos do seu trabalho” (PALOMBINI, 2003, p.162).

Foi essa inquietação que me aproximou da Saúde do Trabalhador¹⁶, onde fiz minha especialização. Neste campo, muito tem se pesquisado sobre a

16 Para Nardi (1999) o diferencial do campo designado como “Saúde do Trabalhador”, em relação a outros campos destinados a pensar o trabalhador, a saúde e o trabalho – como, por exemplo, a

reestruturação produtiva em diferentes instituições, e em como ela afeta a organização do trabalho, a saúde e a subjetividade dos trabalhadores. As práticas de atenção em saúde mental também passam por uma significativa transformação, convocando os profissionais a rever seu entendimento a respeito da loucura, saindo da idéia de “cura” para a de “cuidados”, da ideologia do “reparo” para a de “direitos”. (SARACENO, 1999). Desconstrução de saberes e certezas. Exigência de um novo trabalhador - que agora não mais trabalha sob a proteção dos muros dos hospitais, mas deve circular pela cidade; que não mais trabalha com “loucos de todo gênero”¹⁷ mas com “cidadãos”.

“Antes tínhamos a luta frontal, direta, com os limites que o muro do hospital impunha (“libertar” o outro que estava lá dentro, enquanto nós continuávamos os mesmos), com os serviços alternativos a questão se modifica: os espaços são os mesmos, enquanto nós estamos sujeitos a esse outro. Surge, então, a necessidade de produzir novos conhecimentos para sustentar a loucura fora, fora da clausura” (MORAES, 2000, p. 25).

Eu acrescentaria à citação de Moraes: *“para sustentar o trabalho com a loucura fora, fora da clausura...”* Transição do hospital para a cidade: do conhecimento, da legislação, dos serviços, dos usuários, dos trabalhadores. Interstício recheado por angústias, dúvidas, sofrimentos e resistências, mas também por possibilidades de criação e vida. Espaço privilegiado, portanto, para pautar a saúde no trabalho, fomentando outros modos de fazer e de se relacionar com o trabalho em saúde mental.

O meu foco de interesse nas instituições que passam por transformações ou se criam a partir da Reforma Psiquiátrica é justamente o espaço reservado para a problematização do trabalho, reiterando sua importância para a concretização da proposta de desinstitucionalização. Ou ainda:

Considerando que a Reforma Psiquiátrica propõe não a mera desospitalização dos portadores de sofrimento psíquico, mas a desinstitucionalização da loucura, entendendo que a queda dos muros dos hospitais psiquiátricos não garante a derrubada dos “manicômios mentais”;

Medicina do Trabalho e a Saúde Ocupacional - é a valorização do saber do trabalhador sobre seu próprio trabalho e a afirmação do trabalhador como sujeito ativo do processo saúde-doença e não, simplesmente, como objeto da atenção à saúde.

17 Expressão do antigo Código Civil Brasileiro, em vigor até 2002.

Considerando que a desinstitucionalização inscreve-se no plano dos processos de subjetivação, nos quais deve-se abrir espaço para a transformação das formas de compreender a loucura e para a problematização das relações de poder;

Considerando que outras formas de entendimento e cuidado em saúde mental só são possíveis a partir da mudança nos modos de trabalhar, assumindo-se uma postura crítica e política, modificando a organização do trabalho e viabilizando ações de atenção à saúde do trabalhador, meu problema de pesquisa é:

Quais os efeitos da implantação da Reforma Psiquiátrica nos modos de trabalhar, na saúde e nos processos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental?

Assim, para responder à questão proposta como problema de pesquisa esta dissertação se propõe à:

- Identificar os cruzamentos entre os discursos da Saúde Mental e da Saúde do Trabalhador;
- Analisar como a Reforma Psiquiátrica brasileira incluiu/inclui a Saúde do Trabalhador em seus discursos e práticas;
- Compreender como o trabalhador pensa sua (auto)constituição como trabalhador de saúde mental¹⁸
- Verificar se existem, e quais são, os espaços de reflexão, as políticas e as ações de atenção à saúde do trabalhador de saúde mental.

Neste percurso, começo (no capítulo 1) com a discussão de alguns conceitos que muito me auxiliaram, sobretudo os estudos em relação à genealogia e à subjetividade, ambos ancorados em Foucault.

Posteriormente (no capítulo 2) passo a identificar os diferentes “jogos de verdade” presentes em meu campo de análise. Início com o embate entre os discursos da Saúde Pública e da Saúde Coletiva que teve, como um de seus efeitos, a Reforma Sanitária no Brasil e a implantação do SUS – Sistema Único de Saúde.

¹⁸ Os relatórios das Conferências de Saúde Mental referem-se ao “trabalhador de saúde mental”, por isso esta é a designação utilizada nesta dissertação (e não trabalhador da saúde mental, ou trabalhador em saúde mental, ou profissional da saúde mental, entre outras insígnias possíveis).

Privilegio este acontecimento por ser contemporâneo e deflagrador dos dois discursos que fundamentam este trabalho: a Saúde Mental e a Saúde do Trabalhador, e por entender que a formação em psicologia, pouco tem dialogado com a saúde coletiva¹⁹.

Sigo com o olhar centrado no tensionamento, acompanhando o embate permanente entre os discursos Psiquiátrico e da Saúde Mental, bem como da Medicina do Trabalho e da Saúde do Trabalhador. Não vou à procura de uma verdade única e final, mas analiso as relações de forças que perpassam os acontecimentos, determinando os diferentes regimes de verdades que sustentam as políticas públicas de saúde no Brasil, especialmente a Saúde Mental e a Saúde do Trabalhador. Como meu interesse está em localizar os cruzamentos, atravessamentos e distanciamentos entre estes dois movimentos que surgem no bojo da mesma utopia, sublinho como a Saúde Mental aparece no discurso da Saúde do Trabalhador e, vice-versa: como a Saúde do Trabalhador localiza-se no discurso da Saúde Mental. Ao final, privilegio o campo da “Saúde mental e Trabalho”, por ser este o que mais tem se ocupado em pensar a saúde do trabalhador de saúde mental.

No último capítulo (Capítulo 3), busco fazer uma costura entre estes diferentes campos, a partir da fala dos trabalhadores. A análise buscará evidenciar a relação entre a rede enunciativa presente nos textos de sustentação das políticas de saúde mental e de saúde do trabalhador, e como esta rede atravessa e constitui o sujeito trabalhador dos serviços de saúde mental (subjetivação). Com isso, intento vislumbrar se a implantação da Reforma Psiquiátrica tem como efeito a legitimação de uma verdade estanque; a resistência ao modelo médico/psicológico ligado à clausura; e/ou a reflexão permanente na implantação das políticas no cotidiano dos serviços. Da mesma forma, a análise da relação com a Saúde do Trabalhador, permitirá perceber se os cuidados com a saúde do trabalhador de saúde mental caminham na direção de uma reflexão a respeito do próprio trabalho, contribuindo para a prática permanentemente reflexiva necessária para a efetivação do processo de desinstitucionalização da loucura.

19 Dos cursos de graduação em psicologia de Porto Alegre e região metropolitana, por exemplo, de um curso que dura em média 05 anos, pouco mais de uma ou duas disciplinas são dedicadas à saúde coletiva (UFRGS e UNISINOS), ou até mesmo não há nenhuma disciplina específica sobre o tema (ULBRA e PUC).

1.2 Uma escolha: a genealogia como ferramenta de pesquisa em psicologia social²⁰

Tomo o conceito de genealogia, a partir das reflexões de Foucault (1999g), entendendo-a como a possibilidade de constituir um saber histórico das lutas, ativando os saberes locais, descontínuos, desqualificados e não legitimados, contra os efeitos de poder centralizadores ligados à instituição de um único discurso. O discurso científico, por exemplo, cumpre este papel na atualidade, ordenando e hierarquizando os demais saberes em nome de um conhecimento “mais” verdadeiro e legítimo que os outros.

O autor entendia as vertentes hegemônicas da História como identificadas com este ideal de cientificidade, caracterizando-a como uma disciplina que tem se ocupado em registrar a “verdade” dos fatos, o que “realmente” aconteceu em períodos passados. Ao contrário, a intenção da pesquisa genealógica é produzir rupturas na lógica da linearidade que tem marcado a racionalidade científica moderna, começando pelo questionamento do que é a “verdade” (FOUCAULT, 1999g).

Na análise genealógica, o conhecimento é “invenção” e a verdade, assim como o sujeito, é uma construção histórica. Em contrapartida, a ambição da ciência na modernidade, incluindo a História, é produzir um saber capaz de revelar a essência e a origem das coisas. Para tanto, toma o sujeito e o objeto como previamente constituídos e o conhecimento como natural e universal, sendo seu objetivo revelar a verdade, ou seja, descobrir aquilo que já existe, mas que está escondido.

O que Foucault nos ensina é que a verdade é produzida, sendo que cada época determina o que pode ser dito e pensado a partir dos “jogos de verdade”. Os jogos de verdade se referem ao conjunto de regras de produção da verdade, ou ainda, aos diferentes procedimentos que conduzem a uma verdade - um “regime de verdades”, que sustenta uma determinada forma de dominação (NARDI, 2002). Como definição, Foucault (1999d, p.13) propõe que: *“por verdade não quero dizer ‘o*

20 Baseado no artigo “Fragmentos de uma genealogia do trabalho em saúde: a genealogia como ferramenta de pesquisa” escrito em conjunto com Henrique Caetano Nardi, Jaqueline Tittoni e Letícia Giannechini, no prelo.

conjunto das coisas verdadeiras a descobrir ou a fazer aceitar’, mas o ‘conjunto das regras segundo as quais se distingue o verdadeiro do falso e se atribui ao verdadeiro efeitos específicos de poder” . Esta definição também esclarece o entendimento do autor de que existe uma perpétua articulação entre o poder e o saber. A própria idéia de que um regime de verdades é fruto dos jogos, ou seja, da luta entre diferentes campos de saber, pressupõe um tensionamento constante. A constituição de um campo de saber nunca é neutra, ao contrário sempre produz e insere-se em relações de poder, tal como entendidas por Foucault (1994, p. 727 ²¹):

“As relações de poder não são algo de mal em si mesmas, das quais devemos nos livrar, eu creio que não existem sociedades sem relações de poder, se nós as entendermos como estratégias pelas quais os indivíduos tentam se conduzir, e determinar a conduta dos outros. O problema, portanto, não é de tentar dissolver as relações de poder em uma utopia de uma comunicação completamente transparente, mas fornecer regras de direito, técnicas de gestão e a moral, o ethos, as práticas de si, que permitirão, nos jogos de poder, se jogar com um mínimo possível de dominação”.

Sendo assim, as relações de poder, não têm efeito meramente repressivo, como se impedissem ou bloqueassem os campos de saber. O poder, longe de impedir o saber, o produz. **A genealogia estuda, portanto, como se constróem as possibilidades de emergência dos discursos/saberes (no caso aqui estudado da saúde mental e da saúde do trabalhador) em determinados jogos de dominação e resistência que configuram a legitimidade da verdade para cada período.**

Foucault (1999i) afirma que a genealogia não se opõe à História (como um campo de saber), mas à pesquisa de origem. No principal artigo em que se ocupa deste tema -“Nietzsche, a Genealogia e a História”- evidencia o esforço de Nietzsche em negar a pesquisa da origem, substituindo o termo *Ursprung* (origem) por outros - *Entestehung/Herkunft* – que embora sejam ordinariamente também traduzidos como “origem”, são um esforço lingüístico para desfazer essa idéia.

O primeiro termo – *Entestehung* – está ligado à idéia de proveniência, de herança:

“... mas não nos enganemos; essa herança não é uma aquisição, um bem que se acumula e se solidifica: é antes um conjunto de falhas, de fissuras, de camadas heterogêneas que a tornam instável (...). A pesquisa da proveniência não funda, muito pelo contrário: ela agita o que se percebia imóvel, ela fragmenta o que se pensava unido; ela

21 Livre tradução por Henrique Caetano Nardi.

mostra a heterogeneidade do que se imaginava em conformidade consigo mesmo” (FOUCAULT, 1999i, p.21).

Além da descontinuidade, a genealogia, como análise da proveniência, diz respeito à maneira como os acontecimentos históricos se inscrevem no corpo, sendo ela o ponto de articulação entre o corpo e a história. *“Ela deve mostrar o corpo inteiramente marcado de história e a história arruinando o corpo”* (idem, p.22).

Já o segundo termo utilizado por Nietzsche – *Herkunft* – está ligado à idéia de ponto de surgimento, de emergência, de aparecimento de algo, fruto de uma luta de forças. *“O que se encontra no começo histórico das coisas não é a identidade ainda preservada da origem – é a discórdia entre as coisas, é o disparate”* (idem, p.18). Isto demonstra o quanto a história é composta por campos de lutas, combates, imposições de sentidos e modos de assujeitamento. Ao mesmo tempo, problematiza certos recortes ou agrupamentos que já nos são familiares, desnaturalizando sentidos já fixados e cristalizados.

Enquanto a proveniência designa a marca do acontecimento no corpo, a emergência designa um lugar de afrontamento. A genealogia em contraponto à atividade histórica tradicional coloca a proveniência no lugar da origem; e o acaso da luta no lugar da linearidade e da continuidade.

Pensar *“historicamente e fisiologicamente”* como diria Nietzsche (idem, p.29), marcando a semelhança dos ideais da História e da Medicina, é buscar a verdade e a totalidade, como se existisse uma única história, aquela que realmente vale. A crítica de Nietzsche ao historiador é que ele procura apagar seu ponto de vista como se o mesmo não existisse, como se não tivesse crenças nem tampouco fizesse escolhas. Seu trabalho sustenta-se na ilusão do dever de tudo compreender sem distinção, sem fazer diferença. Nada lhe deve escapar, nada deve ser excluído.

O genealogista, ao contrário, sabe que o sentido histórico depende da perspectiva – *“é um olhar que sabe tanto de onde olha quanto o que olha”* (idem, p. 30). A genealogia, ao entender que não existem origens e nem verdades a desvelar, mas somente interpretações, é a história das interpretações, ou seja, a história de como um sistema de regras dobra-se a uma nova vontade que o faz entrar em um outro jogo, sob novas regras (idem).

Sendo assim, esta dissertação não se identifica com os objetivos de uma história linear e cumulativa, que evidenciaria as transformações do saber científico e das práticas terapêuticas em psiquiatria, por exemplo. **Ao escolher a genealogia**

como método, meu acento está em visibilizar o caráter moral e político ligado às práticas em saúde mental, desnaturalizando pressupostos importantes do discurso médico científico hegemônico, bem como explicitando continuidades e rupturas não lineares presentes nas lutas do campo da saúde mental.

Outra preocupação é reintroduzir a dimensão da experiência na discussão dos rumos da produção de conhecimento e na orientação das práticas em saúde mental. Foi a experiência, sobretudo as vivências de exclusão e violência, que uniram trabalhadores, usuários e familiares do campo da saúde mental, possibilitando a afirmação dos saberes minoritários, que são a base dos movimentos sociais que lutam para transformar as práticas neste campo.

1.3 Um conceito: subjetividade ou como o sujeito faz a experiência de si em um jogo de verdade

“No curso de sua história, o homem não cessou de se construir a si mesmo, ou seja, de trasladar continuamente o nível de sua subjetividade, de se constituir numa série infinita e múltipla de subjetividades diferentes que nunca alcançam um final nem nos colocam na presença de algo que pudesse ser o homem”.
(FOUCAULT, 1995c)

Um mesmo conceito pode ter diversas definições, dependendo da disciplina, do contexto, do uso, do autor, da interpretação. Observamos que por vezes conceitos amplamente utilizados, cuja definição parece evidente e consensual, são justamente aqueles que se prestam às maiores confusões e distorções. Acabam por ser utilizados para “qualquer coisa”, perdendo em precisão e em força.

Um exemplo na psicologia e, mais especificamente na psicologia social, são as discussões que giram em torno da “subjetividade”, e suas derivações: subjetivação, sujeito, modos e processos de subjetivação, etc. São sinônimos? Há uma clara distinção entre eles? Opõem-se a outros conceitos? Como nos ajudam a pensar (diferente)?

Nardi (2002) acredita que a subjetividade é um conceito estratégico na psicologia social na medida em que nos permite pensar a partir da indissociabilidade entre individual e coletivo, interior e exterior, dentro e fora, indivíduo e sociedade, rompendo com as dicotomias que tradicionalmente marcaram esta disciplina, sendo

que a raiz não só da palavra, mas sobretudo do conceito “subjetividade”, nos remete ao sujeito.

Mas o que é o sujeito? A trajetória moderna e contemporânea do pensamento ocidental foi marcada por esta pergunta. Os grandes filósofos, sobretudo a partir de Descartes, construíram a idéia do sujeito como indivíduo, como substância que existe a priori, com uma essência ou intenção a ser descoberta.

O fenômeno do indivíduo como dominância de expressão da subjetividade está diretamente ligado ao desenvolvimento do Estado Moderno, a partir do século XVI, que estabeleceu uma nova forma política de poder, combinando astuciosamente as técnicas de individualização e os procedimentos de totalização. Ao contrário da Nobreza, o Estado Moderno não se coloca como entidade acima dos demais mortais. Os indivíduos podem ser integrados desde que se submetam a um conjunto de modelos e normas bem específicos, e que todos devem cumprir (FOUCAULT, 1995a).

Foucault (2004a) lembra que depois da 2ª Guerra Mundial, diante dos massacres e do despotismo promovidos pelos Estados, surge a idéia de que cabia ao sujeito individual dar um sentido às suas escolhas existenciais, e que estas não deveriam estar ligadas a nenhum modelo disciplinar. O existencialismo, encabeçado por Sartre, bem como a fenomenologia, retomada por pensadores como Husserl e Merleau-Ponty, dominavam a cena européia, quando Foucault lançou o livro “As Palavras e as Coisas”, com a seguinte polêmica:

“Uma coisa em todo caso é certa: é que o homem não é o mais velho problema nem o mais constante que se tenha colocado ao saber humano. Tomando uma cronologia relativamente curta e um recorte geográfico restrito – a cultura européia desde o século XVI – pode-se estar seguro de que o homem é aí uma invenção recente. Não foi em torno dele e de seus segredos que, por muito tempo, obscuramente, o saber rondou (...). O homem é uma invenção cuja recente data a arqueologia de nosso pensamento mostra facilmente. E talvez o fim próximo” (FOUCAULT, 1995a, p.403-4).

“As palavras e as coisas” é sobretudo um gesto de recusa, de rejeição das teorias a priori do sujeito (ERIBON,1990). É por isso que uma crítica apressada considerou incoerente o “retorno ao sujeito” das últimas obras do filósofo. Fica muito claro, no entanto, que não é um retorno ao mesmo sujeito. Foucault continuou recusando uma forma universal do sujeito, considerando que o sujeito não é uma substância, mas forma e experiência. Seu problema “*não era definir o momento a partir do qual alguma coisa como o sujeito apareceria, mas sim o conjunto dos*

processos pelos quais o sujeito existe com seus diferentes problemas e obstáculos” (FOUCAULT, 2004c, 261-2).

Foucault (2004a) identifica duas vias que poderiam conduzi-lo para além da filosofia do sujeito. A primeira era a teoria do saber objetivo, a análise dos sistemas de significação (semiologia). A segunda era a via aberta por uma certa escola da lingüística (Barthes), da psicanálise (Lacan) e da antropologia (Lévi-Strauss), que se agruparam sob a definição de “estruturalismo”. Foucault, no entanto, procurou um outro caminho: *“Tentei sair da filosofia do sujeito fazendo uma genealogia do sujeito moderno, que abordo como uma realidade histórica e cultural: ou seja, como alguma coisa capaz de se transformar”* (FOUCAULT, 2004a, p. 94).

O fio condutor do trabalho de Foucault foi a relação entre sujeito e verdade, estudando os modos pelos quais o sujeito pôde ser inserido, como objeto, nos jogos de verdade, ou ainda, como o sujeito tornou-se objeto de conhecimento²².

“Uma história que não deveria ser aquela do que poderia existir de verdadeiro nos conhecimentos, mas sim uma análise dos ‘jogos de verdade’, dos jogos do verdadeiro e do falso através dos quais o ser se constitui historicamente como experiência, ou seja, como podendo e devendo ser pensado”. (FOUCAULT, 2004b, p.195)

Debruçou-se sobre a objetivação do sujeito no discurso científico, na formação das ciências humanas, como ser que fala (filologia), vive (biologia) e trabalha (economia)²³. Analisou a objetivação do sujeito nas práticas divisoras, ou seja, como o sujeito pôde aparecer do outro lado de uma divisão normativa e assim se tornar objeto de conhecimento, na qualidade de louco, doente ou delinqüente²⁴. Finalmente, estudou a constituição do sujeito como objeto para ele próprio: a formação dos procedimentos pelos quais o sujeito é levado a se observar, se analisar, se decifrar e se reconhecer como campo de saber possível²⁵. Em resumo: **como nos constituímos com sujeitos de nosso saber; como sujeitos que ocupam diferentes posições nas relações de poder; e como sujeitos morais em nossas ações** (FOUCAULT, 1995a, 2004a, 2004c, 2004d).

Nos interessa, nesta reflexão, sobretudo a última parte da obra deste autor que pretende compreender como “o si” se constitui, elaborando como que uma

22 Objetivação do sujeito.

23 As Palavras e as Coisas.

24 História da Loucura, O Nascimento da Clínica, Vigiar e Punir.

25 História da Sexualidade.

história da subjetividade, *“se entendermos essa palavra como a maneira pela qual o sujeito faz a experiência de si mesmo em um jogo de verdade, no qual ele se relaciona consigo mesmo”* (FOUCAULT, 2004d, p.236).

A relação consigo nos remete àquilo que Foucault identificou como as “técnicas de si” para os gregos, que permitiam a cada um, realizar por si mesmo *“um certo número de operações em seu corpo, em sua alma, em seus pensamentos, em suas condutas, de modo a produzir uma modificação, uma transformação e a atingir um certo estado de perfeição, de felicidade, de pureza, de poder sobrenatural”* (FOUCAULT, 2004a, p.95). As técnicas de si somam-se aos três tipos principais de técnicas analisados por Habermas (idem): as técnicas que permitem produzir, transformar, manipular as coisas (técnicas de produção); as técnicas que permitem utilizar sistemas de signos (técnicas de significação ou de comunicação); e as técnicas que permitem determinar a conduta dos indivíduos (técnicas de dominação). E assim, Foucault (2004a, p.95) conclui: *“Se quisermos analisar a genealogia do sujeito na civilização ocidental, é preciso considerar não apenas as técnicas de dominação, mas também as técnicas de si”*.

Assim também em relação ao trabalho, que não deve ser analisado apenas em relação às técnicas de produção e dominação, mas considerando a maneira como os sujeitos vivenciam e dão sentido às suas experiências de trabalho. Estas também variam conforme o contexto social, histórico e econômico, apontando para diferentes processos de produção de subjetividade, diferentes sujeitos trabalhadores. A relação com o trabalho certamente é vivida de forma distinta entre o cidadão e o escravo na Grécia, ou o senhor e o servo na Idade Média, entre o operário da indústria fordista e o jovem analista de sistemas nas atuais empresas (NARDI, 2002), ou ainda, entre as freiras que se ocuparam dos loucos nos asilos e os profissionais que se ocupam dos usuários do sistema de saúde hoje nos CAPS.

Ampliado o entendimento do conceito de subjetividade, debruçemo-nos novamente sobre o sujeito, ou melhor, sobre a complexa construção de uma lógica de pensamento sobre por que nos reconhecemos como uma unidade separada do mundo externo. Pelo menos esta é a experiência moderna da subjetividade que é vivida, virada para si, na perspectiva da primeira pessoa (ORTEGA, 1999), e que acaba por influenciar a relação contemporânea com o trabalho.

Butler (1997) é uma das autoras que se interessou pelo tema, estudando como nos constituímos como sujeitos, a partir da incorporação de normas sociais,

tentando estabelecer um diálogo conceitual entre Foucault e Freud. Para ela, a idéia de Foucault de que o sujeito é formado em sua sujeição, a partir das relações de poder, encontra ressonância no processo descrito por Freud em relação à formação das instâncias psíquicas. Em ambos, o sujeito carrega o paradoxo da submissão a outros através do controle e dependência (sujeição), ao mesmo tempo em que este assujeitamento permite a construção de uma identidade, pela consciência ou o conhecimento de si mesmo. Submeter-se é, portanto, condição primeira de possibilidade da existência.

No entanto, este assujeitamento em Foucault também é paradoxal, pois que nos aprisiona a normas mas traz, em si mesmo, as possibilidades de resistência. Isto porque para ele o poder não é uma “forma”, mas um conjunto de relações, que além de não ter efeito apenas repressivo, mas também produtivo e constitutivo, sempre está acompanhado da resistência. Foucault (1999b) afirmava que onde não existia possibilidade de resistência não havia relações de poder, mas um estado de dominação. Seu conceito de resistência também é diferente daquele da psicanálise, onde não é possível mudar a “Lei”, o ideal normativo, o modelo. Para Foucault, o Imaginário, ou a consciência, não é produto apenas das normas, mas também da resistência, pois ninguém consegue adaptar-se completamente a um modelo, sempre há algo que escapa, que resiste. Para as vertentes conservadoras da psicanálise, a Lei está dada e tem a possibilidade de se atualizar. Para Foucault, a Lei está em permanente construção, por pressupor uma relação. Quando a Lei retorna e incide sobre o sujeito, ela já retorna de outro jeito, sob efeito de um deslizamento produzido pela transformação do tempo e das condições de sua instalação primeira. Não seria uma atualização, mas uma reinstalação da Lei. O discurso não constitui um sujeito unilateralmente, mas simultaneamente e, por isso, a mesma norma que aprisiona traz em si a possibilidade de resistir a ela.

Esta consideração é importante para pensar o trabalho, pois ali onde parece não existir nada, além de regra e disciplina, é justamente onde pode estar o maior potencial de resistência. Estudar a relação entre subjetividade e trabalho é estar atento, portanto, não apenas às formas de assujeitamento, mas também às transgressões, e às possibilidades de invenção de outros modos de lidar com as normas, quiçá transformando-as.

A maneira de relacionar-se com as regras, estabelecidas em cada período histórico, definem os modos e processos de subjetivação. O modo de

subjetivação diz respeito à forma predominante desta relação, ao passo que o processo de subjetivação é a maneira particular como cada um estabelece esta relação em sua vida (NARDI, 2002). Assim, quando falamos dos modos de subjetivação dos trabalhadores da saúde mental, estamos nos referindo ao modo predominante como os trabalhadores relacionam-se com o regime de verdades que atravessa seu trabalho, como por exemplo, o discurso da Reforma Psiquiátrica, vendo-se ligados ao cumprimento de determinadas regras estabelecidas por este discurso que, ao mesmo tempo, permitem seu reconhecimento enquanto trabalhador de saúde mental. Já o processo de subjetivação seria como cada trabalhador de saúde mental vivencia esta relação em sua trajetória particular.

A Reforma Psiquiátrica, enquanto movimento social organizado, evidencia a importância de refletir sobre os modos e processos de subjetivação, quando argumenta que não deve ser reduzida à mera desospitalização (passagem do hospital psiquiátrico para a cidade), definindo que sua luta é pela desinstitucionalização, ou seja, por outras formas de se relacionar com a loucura. Formas que não se reduzam a discursos médicos, psicológicos e científicos que identificam a loucura com a falta: falta de juízo, de potência, de entendimento, de consciência, de vontade. Impossibilidade de vida. O trabalhador, por sua vez, também é jogado na falta e impossibilidade na medida em que, enquanto principal agenciador da Reforma Psiquiátrica, não possa perguntar-se sobre os discursos que o subjetivam como trabalhador, ou mais ainda, sobre a forma de se relacionar com a loucura (e a saúde, e o trabalho) em sua vida.

Não pode haver avanço cultural, político
e social sem conflito.
O conflito é democrático, é esclarecedor
e é necessário.
Uma das desgraças da herança cultural
brasileira é essa mania das pessoas
dizerem que querem chegar a um acordo.
Que chegar a acordo coisa nenhuma!
Temos que radicalizar as idéias para as
pessoas compreenderem.
Então o conflito é necessário.

David Capistrano

2 JOGOS DE VERDADE

2.1 REFORMA SANITÁRIA: SAÚDE COLETIVA x SAÚDE PÚBLICA

Desde que a saúde das populações passou a ser preocupação política, apontando para a impossibilidade de se pensar em uma saúde individual sem considerar as condições sanitárias do espaço social, temos duas principais designações que dão conta deste campo: a saúde pública e a saúde coletiva. Apesar da idéia naturalizada de que ambas são sinônimos, temos boas razões para pensar que estas expressões não se superpõem, pois dizem respeito a *“diferentes modalidades de discurso, com fundamentos epistemológicos diversos e com origens históricas particulares”* (BIRMAN, 1991, p.8)

A saúde pública tem como base a medicina moderna do final do séc. XVII que, sob o véu da cientificidade, legitimou a crescente medicalização do espaço social, ancorada na polícia médica e na medicina social²⁶. Sua principal estratégia é combater as epidemias e endemias, esquadrinhando e controlando o espaço urbano com dispositivos sanitários. Em nome da ciência legitimam-se práticas de marginalização de diferentes segmentos sociais, visto que o discurso naturalista da medicina finge não existir uma dimensão política nas práticas sanitárias. Para Birman (1991), a Saúde Pública apresenta uma perspectiva universalizante, que silencia considerações de ordem simbólica e histórica na leitura das condições de vida e saúde das populações a que se destinam as práticas sanitárias, apagando a significação diferencial dos corpos, nos quais se realizam práticas de assepsia.

26 A partir do século XIX a medicina consolida-se como discurso científico e, portanto, detentora da “verdade”. O meio urbano e a população passam a ser o principal alvo de sua reflexão e prática, visando o controle e o apoio científico indispensáveis ao exercício de poder do Estado, em um projeto denominado de “medicina social”. A medicina social seria como uma técnica geral de normatização e controle das sociedades (MACHADO, 1978).

“O discurso da saúde coletiva pretende ser uma leitura crítica desse projeto médico-naturalista, estabelecido historicamente com o advento da sociedade industrial”. (BIRMAN, 1991, p.09). Desde a década de 1920, as ciências humanas começaram a introduzir no território da saúde, a problematização de categorias como normal, anormal, patológico, demonstrando que estes conceitos estavam encharcados de valores morais (e políticos). Começa a ganhar força o entendimento de que *“a saúde é marcada num corpo que é simbólico, onde está inscrita uma regulação cultural sobre o prazer e a dor, bem como ideais estéticos e religiosos”* (idem).

O campo teórico da Saúde Coletiva representa uma ruptura com a concepção de Saúde Pública, ao negar que os discursos biológicos detenham o monopólio do campo da saúde. Evidencia que a problemática da saúde não se restringe ao registro biológico, devendo incluir as dimensões simbólica, ética e política, sendo a transdisciplinariedade marca constituinte deste campo.

No entanto, o processo de mudança é lento, o embate permanente e nem sempre é possível apagar as marcas de um passado recente, no qual as políticas de saúde no Brasil tiveram papel fundamental para a constituição e estabilização da ordem sócio-política brasileira, visto que reforçavam vários traços estruturais dessa ordem, tais como a concentração do poder e a exclusão das classes populares dos circuitos de decisão econômica, política e cultural do país²⁷.

A Primeira República (1889-1930) marcou a criação e implementação dos primeiros serviços e programas de saúde pública, em nível nacional. Pautado nas campanhas sanitárias de combate às epidemias urbanas e endemias rurais, com um estilo repressivo de intervenção médica nos corpos individual e social, este modelo tornou-se um dos pilares das políticas de saúde não só no Brasil, mas no continente americano em geral. Consolidou-se uma estrutura administrativa de saúde centralista, tecnoburocrática e corporativista, isto é, ligada a um corpo médico proveniente da oligarquia de origem agrária que dominou a República Velha.

O Período Populista (1930-1950) caracterizou-se pela introdução e incremento dos institutos de seguridade social e de programas e serviços de auxílio e de atenção médica impregnados de práticas clientelistas, apoiadas pelos sindicatos que eram, assim como os institutos, controlados pelo Estado.

27 As idéias destes parágrafos sustentam-se no texto de Luz (1991) e de Ramminger (2003).

“Dessa forma, na primeira metade deste século podemos observar: centralismo, verticalismo e autoritarismo corporativo, do lado da saúde pública; clientelismo, populismo e paternalismo, do lado das instituições da previdência social, incluindo as de atenção médica. Estes traços, modelados durante cerca de cinquenta anos, ainda são característicos das instituições e políticas de saúde brasileiras e integram a própria ordem política que se constituiu nesse período.” (LUZ, 1991, p.80)

Entre 1950-60 houve a tentativa de implantar-se um projeto nacional de desenvolvimento econômico moderno, integrado à ordem capitalista, gerando uma crise no regime nacionalista e populista. A saúde exprimia a dicotomia entre o modelo campanhista que ainda predominava na saúde pública e o modelo curativista dominante nos serviços previdenciários de atenção médica, evidenciando as precárias condições de vida da maior parte da população brasileira. A saída histórica para este impasse, considerado estrutural, foi proposta pelas elites progressistas que lideravam o movimento social do início dos anos 60, reivindicando “reformas de base” imediatas, entre as quais uma reforma sanitária consistente e conseqüente. No entanto, a reação política das forças conservadoras, levou ao golpe militar de 1964.

“Durante o período do ‘milagre’ se estabeleceu no Brasil uma política de saúde diferente dos dois modelos anteriores. Realizando uma síntese nova e perversa, ela reorganizou os traços institucionais do sanitarismo campanhista, oriundo da Primeira República, e os do modelo curativo da atenção médica previdenciária do período populista. A centralização e a concentração do poder institucional deram a tônica dessa síntese, que aliou campanhismo e curativismo numa estratégia de medicalização social sem precedentes na história do país” (LUZ, 1991, p.81).

A principal característica deste período foi a chamada “privatização da saúde”, com o surgimento e rápido crescimento de um setor empresarial de serviços médicos centrados na lógica do lucro, financiados pela Previdência Social e com um sistema de atenção massificado, intensificado pela multiplicação de faculdades particulares de medicina, e com um ensino médico desvinculado da realidade sanitária da população. Nestes 20 anos em que o Brasil viveu sob o regime ditatorial, observamos a consolidação do modelo hospitalocêntrico e medicalizante, ancorado em uma relação autoritária, mercantilizada e tecnicizada entre médico e paciente, e entre serviços de saúde e população.

No final do período, as verbas para a saúde pública despencaram e a atenção médica da Previdência Social caminhou a passos largos para a falência. A imagem da medicina como portadora de uma solução miraculosa para as más condições de vida da população começou a ser socialmente questionada e publicamente denunciada. O Movimento Sanitário tomou força. Inicialmente concentrado nos Departamentos de Medicina Preventiva e Social das Universidades, o Movimento Sanitário reivindicou um novo conceito de saúde que considerasse não só a dimensão biológica, mas também a social no processo saúde-doença. No contexto das mobilizações em prol do fim do regime militar e da democratização do país, estes intelectuais articularam-se com os Movimentos Sindical e Popular em defesa da redemocratização da sociedade tendo como estratégia a Reforma Sanitária. Estava constituído o **Movimento da Reforma Sanitária**. As pressões desse Movimento conseguiram exercer influência nas políticas de saúde adotadas pela Nova República, fortalecer a participação social e impulsionar a descentralização dos serviços de saúde (RAMMINGER, 2003).

Em 1982 quando ocorreram as primeiras eleições livres para o Congresso e Assembléias Legislativas, muitos parlamentares se elegeram com programas centrados nas questões de saúde, emblemáticas para denunciar a crise do modelo de política social vigente até então.

“A partir de 1983, a sociedade civil organizada desceu às ruas para pedir, junto com um Congresso firme e atuante, novas políticas sociais que pudessem assegurar plenos direitos de cidadania aos brasileiros, inclusive o direito à saúde, visto também como dever do Estado. Pela primeira vez na história do País, a saúde é vista socialmente como direito universal e dever do Estado, isto é, como dimensão social da cidadania”. (LUZ, 1991, p.84)

Em março de 1986 ocorreu o evento político-sanitário mais importante da década - a VIII Conferência Nacional de Saúde - na qual foram lançados os princípios básicos para a formulação de uma nova política de saúde, quais sejam: utilização do conceito ampliado de saúde; reconhecimento da saúde como direito do cidadão e dever do Estado; necessidade de haver controle social das políticas adotadas; e constituição e ampliação do orçamento social. O Relatório da Conferência influenciou de forma decisiva na elaboração da nova Constituição Federal, bem como nas diretrizes e princípios do SUS.

Em 1988 foi aprovada a **nova Constituição Federal, que definiu a saúde como resultante de políticas sociais e econômicas, como direito do cidadão e dever do Estado, como parte da seguridade social, e cujas ações e serviços devem ser providos por um Sistema Único de Saúde, organizado segundo os princípios da descentralização, mando único em cada esfera de governo, atendimento integral, e controle social**²⁸. Estava criado, constitucionalmente, o Sistema Único de Saúde, que foi regulamentado pelas leis nº 8080, de 19/09/90, e nº 8142, de 28/12/90.

O SUS como processo social em construção não é uma mera reforma administrativa. Necessita, para afirmar-se em seus princípios, realizar mudanças culturais nas instituições públicas de saúde, sobretudo no que tange à concepção do processo saúde-doença e ao paradigma sanitário, que devem priorizar o entendimento da saúde como produção social, tanto quanto a prática sanitária deve deslocar-se da atenção médica para a atenção integral à saúde (RAMMINGER, 2003). São os mesmos desafios das políticas de saúde do trabalhador e da saúde mental que, como veremos a seguir, são desdobramentos da Reforma Sanitária.

2.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA: SAÚDE MENTAL x PSIQUIATRIA

2.2.1 Genealogia do trabalho e das políticas de saúde mental

Ao propor uma análise genealógica, buscamos entender as condições de possibilidade para a produção de uma subjetividade (no caso, do trabalhador de saúde mental), marcada por diferentes verdades que orientam práticas e formas de se inserir no mundo.

Quando a doença não é mais objeto do cuidado dos familiares, passando a ter pessoas que se ocupam exclusivamente desta tarefa, o cuidado em saúde ganha o *status* de um trabalho configurado a partir de *“um conjunto de práticas discursivas e não discursivas que se encarrega de instituir o sujeito do qual fala ”*. (BERNARDES, 2002, p.24).

28 Ao propor o controle social e subordinar a saúde ao discurso da cidadania, o SUS como sistema público de saúde propõe uma outra lógica, diferente daquela onde o Estado sob o véu do “suporte social” cumpre um papel de controle e normatização da vida das pessoas.

Esta afirmação parte do entendimento de que os discursos não são subjetivos, mas sim subjetivam, na medida em que o indivíduo toma para si determinado discurso, considerado legítimo e verdadeiro, modificando-se e identificando as prerrogativas deste discurso como suas. Sendo assim, os diferentes discursos que sustentaram o cuidado em saúde mental, incidiram sobre a vida dos trabalhadores, determinando não só o seu modo de trabalhar, mas também a experiência que fazem de si mesmos.

Para entendermos os discursos que forjam, atualmente, o trabalho e o trabalhador de saúde mental, temos que retomar as verdades que sustentaram, em diferentes épocas, o cuidado com a loucura no Brasil. A importância de acompanhar este percurso é entender o princípio organizador desta experiência, ou seja, uma genealogia do presente, onde o retorno ao passado justifica-se na medida em que nos ajuda a entender o que somos hoje.

E quem é aquele que hoje se denomina trabalhador de saúde mental? Entendemos que **o trabalhador de saúde mental constitui-se no confronto do discurso da Reforma Psiquiátrica com o discurso médico psiquiátrico**²⁹, o qual, durante muito tempo, possuiu legitimidade absoluta em relação ao cuidado com a loucura.

A psiquiatria disseminou a idéia de que a loucura é um tema para especialistas e que há um lugar específico para o seu tratamento: o manicômio. Foucault (1999a) questionou firmemente esta premissa, afirmando que não é natural que a loucura fosse considerada uma doença, mais especificamente, uma doença mental, tampouco é evidente que seu destino fosse o manicômio. Esta foi uma “verdade” como tantas outras, construída historicamente e que, pouco a pouco, vai ruindo em suas certezas frente a outros discursos, inicialmente minoritários, mas que a duras penas também adquiriram legitimidade social.

Para sustentar esta afirmação – de que a doença mental é uma categoria historicamente construída – podemos fazer um recorte em relação ao tratamento destinado ao louco no Brasil Colonial. Naquela época, os “loucos” ficavam perambulando pelas ruas das cidades brasileiras, quando muito eram recolhidos às

29 Cabe ressaltar que os discursos da Psiquiatria e da Reforma também não são monolíticos, pois existem divisões internas tanto no movimento da luta antimanicomial, como na comunidade psiquiátrica.

Santas Casas de Misericórdia ou Cadeias Públicas. Nos hospitais não existia a previsão de nenhum tipo de tratamento específico, sendo que aos loucos eram destinados celas insalubres e castigos corporais. Cabe lembrar que a função do hospital também era bem distinta da atual, já que seu objetivo principal não era o cuidado em saúde, e sim a assistência aos pobres, sobretudo daqueles que vão morrer. O hospital era um lugar para morrer – um morredouro. Quem assistia aos doentes eram religiosos ou leigos que não estavam ali para realizar a cura do doente, mas para garantir sua própria salvação. *“Assegurava-se, portanto, a salvação da alma do pobre no momento da morte e a salvação do pessoal hospitalar que cuidava dos pobres”* (FOUCAULT, 1999h, p. 102).

O louco, como o doente pobre, deveria ser afastado da sociedade, ao mesmo tempo em que necessitava de assistência. O discurso religioso, predominante à época do Brasil colonial e no Império, era um poderoso dispositivo de controle que se associava a um modo de subjetivação no qual o “cuidador” e aquele que é cuidado eram subjetivados simultaneamente; um buscando sua própria salvação espiritual e o outro, sendo fixado na posição do coitado, do perigoso e do inútil para o trabalho que deve ser afastado do convívio social. Não havia uma preocupação com a cura, mas uma condenação da ociosidade (FOUCAULT, 1999a).

O discurso religioso, predominante à época, forja um modo de subjetivação no qual o “cuidador” (na falta de melhor palavra) não tem como preocupação curar o louco, mas garantir sua própria salvação espiritual. O cuidado ainda não é trabalho tampouco se justifica no discurso científico, ainda incipiente naquele momento. Um cuidado que, apesar de revestido pelo manto da caridade, cumpria com a função social de controle daqueles que poderiam ou não fazer parte da sociedade do trabalho, que daria seus primeiros passos a partir da abolição da escravatura e da proclamação da República. Cuidado que é caridade, forma de expiar pecados e assegurar a salvação eterna.

Quando a medicina se organiza como discurso legitimado socialmente, o hospital adquire outro caráter, passando a ser considerado um instrumento terapêutico, de cura. O médico, antes mero coadjuvante, torna-se o principal responsável pela organização hospitalar. Vários autores (CASTEL, 1978; MACHADO 1978; FOUCAULT, 1999g; WADI, 2002) dão conta deste embate travado nos hospitais gerais e, posteriormente, também nos psiquiátricos, entre os religiosos - que insistiam em permanecer no comando administrativo e diário das instituições

hospitalares; e os médicos - que, aos poucos, ancorados no discurso científico, chamaram para si toda a responsabilidade (e controle) não só dos hospitais, mas também de tudo que diz respeito à saúde das populações³⁰.

Também no Brasil, a psiquiatria foi a primeira especialidade médica registrada. Pinel, médico francês, é identificado na literatura especializada como o “pai da psiquiatria”³¹ com a publicação, em 1801, do *Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental*, ancorado em sua experiência como médico nas enfermarias de Bicêtre – combinação de cárcere e asilo de alienados para homens – e como diretor de Salpêtrière - hospital de alienadas, que reunia mais de seis mil mulheres, e onde trabalhou até sua morte em 1826.

A situação encontrada por Pinel em ambas instituições era precária, e o “tratamento” resumia-se a correntes, castigos e celas. Ele inicia, então, o movimento que ficou conhecido como a primeira “reforma psiquiátrica” da história - o “*no-restraint*” – que consistia em libertar os loucos das celas e correntes. Inúmeras descrições e pinturas da época, no auge dos ideais da Revolução Francesa, imortalizaram um Pinel que devolvia ao louco sua condição humana, com a liberdade de movimentar-se e locomover-se.

A genealogia deste processo no contexto europeu parte do “grande internamento” (FOUCAULT, 1999a). Naquele momento, internavam-se (encarceravam) no mesmo espaço e sem discriminação alguma, os velhos, os enfermos, as crianças, as pessoas que não queriam ou não podiam trabalhar, os homossexuais, os doentes mentais, etc. A imagem utilizada por Foucault para ilustrar a passagem para o “asilo” é a libertação dos loucos por Pinel, demarcando a afirmação da legitimidade da medicina para classificar as doenças e os comportamentos como normais ou desviantes. Assim, e com o auxílio dos outros dispositivos disciplinares (o direito e a pedagogia, por exemplo), criam-se as distinções: os doentes mentais, no asilo; os jovens, em estabelecimentos de educação; os delinqüentes, na prisão.

30 Vide a recente discussão do Ato Médico, escandalosamente promovida pelo Conselho Federal de Medicina...

31 “Não obstante ele mesmo e todos os historiadores reconhecem que, mesmo quando a circunstância política elevava Pinel a esta posição, muitos outros em toda Europa, perseguiam os mesmos fins, estudavam as mesmas questões e introduziram reformas similares” (FERRO; MALVÁREZ, 1993).

A loucura passa a ser identificada como doença mental quando Pinel, portador do discurso nascente da psiquiatria, começa a defender que a loucura seria um desarranjo das funções mentais, notadamente as intelectuais. Seguindo a perspectiva de Descartes - que instituiu a racionalidade como único modo possível de pensamento e de acesso à verdade - Pinel entendia que a loucura separava o homem de sua própria verdade, posto que agia diretamente sobre a razão. O homem, na loucura, é um estranho em relação a si mesmo – um *alienado de sua verdade*, que só poderá lhe ser restituída pela mão do médico. Por conseqüência, é o discurso médico psiquiátrico que detém a verdade sobre a loucura, e não o contrário. Ninguém pode dizer-se ou reconhecer-se louco, mas somente ser diagnosticado como tal (FOUCAULT, 1999a). A loucura não é mais castigo dos deuses, possessão, bruxaria ou júbilo, mas doença mental. Os loucos não mais pertenciam à fogueira, mas aos médicos.

Por sua vez, o que afastava o homem de sua razão era um tipo de imoralidade, excesso ou desvio, passível de cura por um “tratamento moral”³², sendo necessário um lugar específico e o afastamento do convívio social para esta reeducação. Mesmo sob a égide da Revolução Francesa, não havia problema moral em se propor o isolamento do louco, posto que liberdade e razão tinham o mesmo limite: quando a razão fosse atingida, a liberdade poderia ser coagida. A internação não mais objetivava enclausurar o louco, mas tornava-se instrumento necessário para sua cura, ou seja, não mais se justifica apenas como necessidade da sociedade, mas também do próprio louco (PESSOTTI, 1996).

No Brasil não foi diferente e, a partir de meados do século XIX, grupos de higienistas começam a defender a construção de hospícios, ancorados no discurso médico. Este ganha força com a organização dos médicos como categoria profissional, o estabelecimento de uma legislação sanitária municipal no Rio de Janeiro e a criação de Faculdades de Medicina no Rio de Janeiro e na Bahia (1832). O ato que marca a maioridade de D. Pedro II como Imperador é, justamente, a assinatura do Decreto Imperial nº 82, de 1841, que cria o primeiro hospital psiquiátrico do Brasil (e da América Latina). O novo hospício é batizado em

32 “Desse modo, o tratamento proposto é moral porque não é físico, porque se exerce sobre o conhecimento (no plano das idéias) e, por conseqüência, sobre o comportamento resultante. E é moral porque visa a corrigir excessos passionais, desvios da norma ética do grupo social. É assim que o médico se torna ordenador não só da vida (psíquica) do paciente, mas também o agente da ordem social, da moral dominante”. (PESSOTTI, 1996, p.128).

homenagem ao jovem Imperador - Hospício D. Pedro II³³ - sendo inaugurado em 1852, no Rio de Janeiro, com grande pompa.

Vários estados brasileiros seguiram pelo mesmo caminho. No Rio Grande do Sul, em um processo minuciosamente descrito por Wadi (2002), o Hospício São Pedro³⁴ é inaugurado em 29 de junho de 1884, resultado de uma luta de mais de uma década dos filantropos da Santa Casa. No entanto, se num primeiro momento, médicos e filantropos andaram de mãos dadas para retirar os loucos dos hospitais gerais, *“rapidamente os primeiros passaram a reivindicar maior espaço nas decisões relativas aos alienados. Do término da construção do prédio do Hospício à sua administração, da definição da doença mental à sua cura, tudo deveria estar submetido ao olhar e à ação do médico”* (WADI, 2002, p.121).

A partir do século XIX, é o discurso médico que detém a verdade sobre a loucura, inaugurando o trabalho especializado no cuidado com o que passou a ser denominado “doença mental”. O louco, como doente mental, necessitava de tratamento. O tratamento moral, tal qual preconizado por Pinel, tinha dois princípios básicos: o da disciplina e o do isolamento, o que exigia uma organização espacial específica, assim como pessoas que cumprissem o papel da vigilância. Em vários relatórios analisados por Wadi (2002) sobre o funcionamento do Hospício São Pedro sempre aparece a necessidade de aumentar o número de empregados, sobretudo para *“estabelecer-se a vigilância precisa (...), correspondendo às necessidades que o serviço cria e que a ciência impõe”* (Relatório de 1884, citado por WADI, 2002, p.144).

Dois personagens começam a se destacar no cuidado do “alienado mental”: o médico psiquiatra e o enfermeiro psiquiátrico. O primeiro, como já vimos, é *“o princípio da vida de um hospital de alienados; a ele compete dirigir todas as ações, porque ele deve ser o regulador de todos os pensamentos”* (ESQUIROL citado por WADI, 2002, p. 174). O segundo, colocado em último lugar na escala hierárquica – e sofrendo, ele mesmo, a vigilância dos que o antecedem nesta escala - era aquele que exercia prioritariamente a função de vigilante, devendo *“acompanhar os doentes em todos os lugares e em todos os momentos”* (MACHADO, 1978, p.436). Percebemos, assim, que a organização do trabalho nos hospitais psiquiátricos,

33 Atualmente denominado Instituto Municipal Nise da Silveira, englobando diferentes estruturas de atenção em saúde mental.

34 Atual Hospital Psiquiátrico São Pedro.

desde seu início, fundamenta-se na vigilância e na nítida separação entre os que pensam e os que executam, produzindo relações de poder assimétricas e verticalizadas, ainda hoje evidentes nestas instituições³⁵.

A própria reforma no tratamento dos enfermos mentais, atribuída à Pinel, é questionada por Ferro & Malvárez (1993) que resgatam o trabalho de Pussin, homem inculto, enfermo recuperado de Bicêtre que foi empregado como cuidador do pavilhão de pacientes incuráveis da mesma instituição, destacando-se em suas funções. Segundo os autores, *“muito antes de Pinel, Pussin havia iniciado em Bicêtre a observação sistemática dos enfermos, introduzindo meios psicológicos no seu cuidado, libertando os enfermos e suprimindo castigos e maus-tratos”*. (idem, p.24). Foi quando Pinel conheceu Pussin que suas idéias começaram a tomar forma e a se concretizarem, inclusive com o apoio irrestrito de Pussin, que acabou por tornar-se seu principal assistente, sendo reconhecido como o *“primeiro enfermeiro psiquiátrico”*. Não por acaso, a história da psiquiatria o esqueceu, pois que precisava construir o sujeito médico como o único enunciador da verdade de seu discurso.

A figura e as funções do enfermeiro psiquiátrico, no entanto, permanecem e são construídas no discurso médico de forma idealizada, como podemos perceber na descrição de um médico – Dr. Simoni – publicada na Revista Médica Fluminense, em 1839:

“Um enfermeiro de alienados deve casar a severidade com a doçura, a coragem com a prudência, discricção e caridade e uma certa esfera intelectual para entender o médico e o doente. Deve ser um homem probo, ativo, zeloso, inteligente e com longa experiência” (citado por MACHADO, 1978, p.437).

A realidade que se apresentava era bem diferente e, além da carência de funcionários já mencionada, os diretores dos hospícios (MACHADO, 1978; WADI, 2002) enfrentavam a baixa qualificação da mão-de-obra, resultado dos precários salários e das inúmeras exigências do cargo:

“(...) é só a custa de reais sacrifícios, de grande abnegação, como que perdendo a liberdade e arriscando a todo o momento a vida, que se pode viver entre loucos e acompanhá-los desde o levantar, até a ocasião em que se recolhem a seus quartos para dormir, quando isto é possível. A circunstância da mesquinhez de ordenados aos

35 Tipo de organização do trabalho que ganhou ainda mais força a partir do início do século XX, com a difusão dos “Princípios da Administração Científica”, de Taylor (1987).

empregados inferiores é de alta importância; porque, em regra geral, os indivíduos que dispõem de certos requisitos, que os tornam aptos para o desempenho de tais empregos, não se querem sujeitar, de certo, aos sacrifícios que acima falei, para receber um vencimento que não compensa o trabalho, não barateiam tanto os seus serviços”. (Dr. LISBOA, primeiro diretor do Hospício São Pedro, em relatório de 1884, citado por WADI, 2002, p. 146).

Todas estas preocupações tornaram-se problemas crônicos que marcaram a história dos hospitais psiquiátricos brasileiros: a superlotação, a escassez de recursos, a mão-de-obra mal remunerada e desqualificada, os abusos de poder... Embora pareçam recentes, estas já foram as justificativas para o primeiro movimento de reforma da assistência psiquiátrica brasileira que resultou em uma legislação específica sobre o tema. A Política de Assistência aos Alienados nascia com a República, sob responsabilidade do Dr. Juliano Moreira, bem como a Saúde Pública, com a direção de Oswaldo Cruz:

“A Saúde Pública e a Psiquiatria dão-se as mãos na tarefa comum de sanear a cidade, remover a imundice e a morrinha, os focos de infecção que eram os cortiços, os focos de desordem que eram os sem-trabalho maltrapilhos a infestar as cercanias do porto e as ruas do centro da cidade.” (RESENDE, 1990, p.45).

Em 1912, a psiquiatria ganha o status de especialidade médica autônoma, coincidindo com um aumento significativo do número de estabelecimentos destinados aos doentes mentais. O manicômio e a psiquiatria fortalecem-se e alimentam-se mutuamente, legitimando-se definitivamente com a segunda Lei Federal de Assistência aos Doentes Mentais (Decreto 24.559, de 1934), que dispunha “*sobre a prophylaxia mental, a assistência e proteção à pessoa dos psicopatas e a fiscalização dos serviços psiquiátricos*”, determinando não só o Hospital Psiquiátrico como única alternativa de tratamento, mas também delegando plenos poderes aos médicos.

Nos anos 50, foram sintetizados e introduzidos no Brasil, os primeiros neurolépticos. Embora fosse o esperado, a descoberta dos novos medicamentos não reduziu o número das internações psiquiátricas. Como aponta Cerqueira (1984), a população brasileira aumentou 82% entre as décadas de 50 e 70, entretanto, a população internada em manicômios descreveu um aumento de 213% no mesmo período. Esta tendência só aumentou com a privatização dos equipamentos sociais, sobretudo a partir do Golpe Militar de 1964. Em 1961 as instituições privadas já eram

responsáveis por 60% das internações psiquiátricas, passando em 1991, após anos de privilégios e sucateamento dos hospitais públicos, a responder por 83% dos leitos psiquiátricos no Brasil (CRP/SP, 1999).

Com as reflexões sobre as conseqüências dos regimes totalitários na Europa, após a 2ª Guerra Mundial, assistimos a uma ampla mobilização em prol de ideais libertários e humanistas. Discussões sobre cidadania, ampliação dos direitos humanos e liberdade disseminaram-se por todo mundo. Os discursos totalitários, as verdades absolutas, a naturalização das condições de miséria e segregação das populações, são problematizadas, contextualizadas e questionadas em seus efeitos.

Nascem o Movimento Institucional na França, as Comunidades Terapêuticas na Inglaterra, o Movimento da Antipsiquiatria e a Desospitalização nos EUA (DESVIAT, 1999). Cada um, com suas particularidades e diferenças, pretendia questionar e modificar o tratamento e, conseqüentemente, o modo de trabalhar com a doença mental. A Desinstitucionalização Italiana, em particular, radicalizou esta proposta, sem defender a reciclagem, modernização ou humanização do Manicômio, mas sim sua extinção, entendendo que todos os estabelecimentos que seguem seu modelo³⁶ e as lógicas que justificam sua existência são incompatíveis com uma política de respeito aos direitos humanos. Uma polifonia de saberes começa a desafiar, cada vez com maior força, a aparente estabilidade do discurso médico. Este, mesmo que ainda dominante, definitivamente não é mais o único que pode falar sobre a loucura, o louco e seu cuidado.

No Brasil estas tendências ganham corpo, ao final da década de 1970, com a criação do **Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental**, que se mobilizaram não só por mudanças no tratamento psiquiátrico, mas também pela reforma sanitária e pela redemocratização política do país (ROCHA, 2002). Neste momento, há referência explícita a um “trabalhador de saúde mental”, para além do médico e do enfermeiro, que se subjetiva no embate dos discursos presentes no bojo da luta antimanicomial.

Na década seguinte, esta iniciativa toma força, ampliando-se em vários sentidos. Usuários e familiares juntam-se aos trabalhadores, dispostos a implicar

36 Goffman (1990, p.16), define estas organizações como “instituições totais”: “(...) na sociedade moderna, dormimos, brincamos e trabalhamos em diferentes lugares, com diferentes co-participantes, sob diferentes autoridades e sem um plano racional geral. O aspecto central das instituições totais pode ser descrito como a ruptura das barreiras que comumente separam essas três diferentes esferas de vida”.

toda sociedade no questionamento da segregação da loucura. Sob o lema: **“Por uma Sociedade sem Manicômios”**, cria-se o **Movimento Nacional da Luta Antimanicomial**³⁷, claramente inspirado no modelo italiano e que afirma a necessidade da Reforma Psiquiátrica.

Tal como nos aponta Amarante (2001), a Reforma Psiquiátrica é um processo complexo no qual se articulam quatro dimensões simultâneas: a dimensão epistemológica que diz respeito a uma reconstrução teórica nas áreas da saúde mental e da psiquiatria; a dimensão da assistência, que chama à invenção de novos dispositivos de cuidado; a dimensão jurídico-política com a revisão da legislação civil, penal e sanitária, abrangendo e garantindo direitos civis, sociais e humanos; e, finalmente, a dimensão cultural que inclui um conjunto mais amplo de iniciativas para a transformação do imaginário social sobre a loucura.

Podemos concluir, assim, que **o trabalhador de saúde mental, se constrói, hoje, na tensão dos discursos que refletem o embate interno ao campo da reforma psiquiátrica** – a qual defende um deslocamento do saber médico-psiquiátrico para a interdisciplinaridade, da noção de doença para a de saúde, dos muros dos hospitais psiquiátricos para a circulação pela cidade, do doente mental para o portador de sofrimento psíquico, do incapaz tutelado para o cidadão. O trabalho em saúde mental deveria incluir, portanto, não apenas o conhecimento técnico-científico, mas também a implicação política e afetiva com a construção de um outro modo de cuidar e entender a loucura.

Em relação à legislação que dá suporte a esta nova política de saúde mental, destacamos a consagração do SUS, em 1990, e a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, que definiu seus marcos conceituais. As Portarias do Ministério da Saúde 189/91 e 224/92 definiram as primeiras ações e financiamento de serviços alternativos ao hospital psiquiátrico, como os CAPS - Centros de Atenção Psicossocial - e a internação em Hospital Geral. Oito leis estaduais foram aprovadas, prevendo a substituição gradativa dos hospitais psiquiátricos por uma rede de atendimento integrada e descentralizada, enquanto a proposta de uma Lei Nacional, desde 1989, permanecia em intermináveis debates no Congresso e no Senado, demonstrando claramente os diferentes interesses em jogo.

37 Atualmente este movimento está dividido entre o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, e a

No início deste novo século e milênio, percebemos um revigorar, bem como a legitimação, de importantes reivindicações do movimento da luta antimanicomial. A Organização Mundial da Saúde declarou 2001 o Ano Internacional da Saúde Mental, com o *slogan* “Cuidar Sim, Excluir Não”, lançando o *Relatório Sobre a Saúde Mental no Mundo 2001: Saúde Mental – Nova Conceção, Nova Esperança*, onde deixa claro:

"A atenção baseada na comunidade tem melhor efeito sobre o resultado e a qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais crônicos do que o tratamento institucional. A transferência de pacientes dos hospitais psiquiátricos para a comunidade é também efetiva em relação ao custo e respeita os direitos humanos. Assim, os serviços de saúde mental devem ser prestados na comunidade, fazendo uso de todos os recursos disponíveis". (p.16)

No mesmo ano, o Brasil aprovou a Lei Nacional 10.216/01³⁸ ao mesmo tempo em que realizou a III Conferência Nacional de Saúde Mental. A reorientação do modelo assistencial em saúde mental, agora não mais ancorada apenas em leis estaduais, mas afirmada por uma lei nacional, revitalizou as discussões, visto que muitos são os desafios: desde o financiamento e uma política de recursos humanos, até o acesso, qualidade e controle social dos serviços. Só para citar um exemplo, ainda em 2001, dos mais de 500 milhões de reais investidos no tratamento dos transtornos mentais no Brasil, apenas 10% foram destinados para financiamento dos serviços abertos ou substitutivos, sendo que a internação psiquiátrica esteve entre os cinco maiores gastos com internação hospitalar na rede do SUS³⁹.

Finalmente, a partir de 2002, percebemos a tentativa de legitimar e garantir este processo de reestruturação da assistência em saúde mental no Brasil, através de um conjunto de novos atos normativos que ampliam e qualificam as possibilidades de oferta da rede de atenção comunitária em saúde mental⁴⁰, bem

Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial.

38 Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil, substituindo o arcaico Decreto de 1934. A lei foi aprovada após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional e Senado.

39 Fonte: DATASUS/FNS/MS/2001.

40 **Portaria MS 251, de 31 de janeiro de 2002:** estabelece a nova classificação dos hospitais psiquiátricos, baseada no porte do hospital e na qualidade do atendimento prestado, com o objetivo de reestruturar todo o sistema hospitalar psiquiátrico, com substituição progressiva dos macro-hospitais. **Portaria MS 336, de 19 de fevereiro de 2002:** atualiza as normas constantes na Portaria MS 224/92, estabelecendo o cadastramento dos CAPS. São criados cinco diferentes tipos de CAPS: CAPS I (até 70.000 habitantes), CAPS II (até 200.000 habitantes), CAPS III (acima de 200.000 habitantes), CAPS j (atendimento específico de crianças e adolescentes) e CAPS ad (atendimento

como garantem suporte social para o paciente em situação de grave dependência institucional em decorrência de longo tempo de hospitalização⁴¹.

Os CAPS passam a ser não apenas um serviço a mais, intermediário entre a hospitalização e os ambulatorios, mas centros de referência por excelência, o dispositivo principal: *“o coração de uma rede cuja capilaridade é dada pelas unidades de saúde da família, agentes comunitários, visitantes, famílias substitutivas, lares e residências terapêuticas”* (ROCHA, 2002, p.13). Da mesma forma, não são mais restritos a uma clientela: psicóticos crônicos que necessitam de cuidados intensivos, passando a incluir ações de cuidado semi-intensivo e não intensivo, bem como atendimento a crianças, adolescentes e usuários de álcool e outras drogas⁴².

No entanto, como nos apontam Dias (2002) e Paulon (2002): o 200561(i)(5)-733plares EDITOR

“Todas estas alternativas criadas a partir da legislação regulamentadora da Reforma Psiquiátrica concorrem para a superação do modelo hospitalocêntrico, primeiro passo para a desospitalização. Mas não dão conta de um processo mais profundo, lento e difícil que se refere a desinstitucionalização das práticas tradicionais associadas aos modos de olhar, conceber e cuidar a doença mental”.

Sendo assim, embora o discurso da reforma psiquiátrica tenha adquirido certa legitimidade, ainda é forte a penetração de um discurso médico-psiquiátrico identificado com o modelo manicomial. Não é incomum, ainda, encontrar serviços de saúde mental que mais parecem mini-manicômios, assim como hospitais psiquiátricos que se valem do discurso da reforma psiquiátrica como verniz para encobrir velhas práticas. Estar atento a este jogo entre diferentes discursos que nos atravessam enquanto trabalhadores, pesquisadores e cidadãos, constitui o fazer genealógico proposto por Foucault.

específico de usuários de álcool e outras drogas), e o mais importante: prevendo fonte de financiamento. **Portaria MS 816, de 30 de abril de 2002**, que institui no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas. **Portaria MS 817, de 30 de abril de 2002**, que institui as formas de organização, regulação e financiamento dos CAPS ad, com procedimentos e valores de financiamento para internação exclusivamente em Hospital Geral.

41 Criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos – moradia provisória para reabilitação psicossocial; e o Projeto De Volta pra Casa que repassa uma bolsa auxílio no valor de um salário mínimo para os egressos de longas internações psiquiátricas.

42 Os movimentos sociais, alguns serviços e trabalhadores têm questionado este processo, identificado como uma “capsização” da saúde mental, já que quem regularia a rede de atenção, na

2.2.2 Saúde do Trabalhador na Saúde Mental

“Se o fechamento dos hospitais psiquiátricos nada mais é que um elementar ato de justiça, inscrito já há algum tempo na carta dos direitos humanos, este ato não pode, todavia, ser cumprido como mera reconversão de aparatos que mantêm os sujeitos subalternos às tutelas institucionais, ou os expõem, subtraindo o seu poder institucional” (BASAGLIA; GALLIO, 1991, p. 49/50).

Entendo que estes “sujeitos subalternos” dos quais nos fala Basaglia, não são apenas os usuários, mas também os profissionais de saúde mental, por vezes institucionalizados em seus modos de viver e trabalhar. Rotelli (1990) afirma que a desinstitucionalização da loucura passa pela formação e capacitação continuada dos trabalhadores, bem como pela implantação de novos modelos organizacionais participativos e/ou autogestivos. Sendo assim, as diferentes estratégias desenvolvidas pelos agentes da Reforma devem buscar a transformação das relações de poder das instituições com sua clientela e com seus trabalhadores.

Considerando este princípio, parto para a análise de como se insere a questão da saúde do trabalhador ou, de modo mais amplo, a discussão do trabalho em saúde mental, nos principais documentos que sustentam a Reforma Psiquiátrica no Brasil, ou seja, nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987, no Rio de Janeiro, acontece logo após a VIII Conferência Nacional de Saúde (Brasília, 1986) e ao Encontro Nacional dos Trabalhadores da Saúde Mental (Bauru, 1987). Se a primeira apontava para a efetivação de um Sistema Único de Saúde, o segundo desdobrou-se na criação do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, que reivindicava *“uma sociedade sem manicômios”*. A organização do Movimento determinou a agenda desta I Conferência, que apresentou como temas básicos: Economia, Sociedade e Estado: Impactos sobre Saúde e Doença Mental; Reforma Sanitária e Reorganização da Assistência à Saúde Mental; e Cidadania e Doença Mental: Direitos, Deveres e Legislação do Doente Mental. Neste momento parece mais importante marcar o impasse frente ao modelo centrado no hospital psiquiátrico e sustentar a condição cidadã dos usuários. Só assim seria possível começar a

saúde mental, não seria a atenção básica como preconizado no SUS, mas o serviço especializado. É um debate delicado, para o qual chamamos atenção, mas que não privilegiaremos neste momento.

discutir de forma mais aprofundada a reorganização da assistência e as mudanças no trabalho em saúde mental.

A II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em dezembro de 1992, já acontece após a implantação do SUS, sendo a inspiração de toda legislação posterior em relação à reversão do modelo de atenção em saúde mental. Os grandes temas sobre os quais se centram as deliberações dos delegados e participantes são: rede de atenção em saúde mental; transformação e cumprimento de leis; direito à atenção; e direito à cidadania.

Na primeira parte do Relatório encontramos os marcos conceituais da Conferência. Na segunda parte, temos as deliberações divididas nos seguintes capítulos: "Recomendações Gerais"; "Financiamento"; "Gerenciamento"; "Vigilância"; "Dos Trabalhadores de Saúde, da Organização do Trabalho e da Pesquisa". A terceira e última parte aborda os Direitos e a Legislação, compondo-se dos capítulos "Questões Gerais sobre a Revisão Legal Necessária"; "Direitos Cívicos e Cidadania"; "Direitos Trabalhistas"; "Drogas e Legislação"; e "Direitos dos Usuários".

O capítulo que versa sobre a organização do trabalho enfatiza a necessidade de priorizar as ações que estimulem a *"desinstitucionalização do trabalhador de saúde mental"*, bem como define a equipe de saúde como: necessariamente multiprofissional, inclusive com trabalhadores das áreas artística, cultural e educacional; livre da tradicional divisão de funções, com uma participação mais efetiva dos auxiliares e atendentes; com respeito e escuta dos diferentes saberes, sobretudo dos "setores populares"; e implicada no processo de mudança cultural do entendimento da saúde/doença mental. Aponta a necessidade de garantir práticas de ensino, pesquisa e extensão que *"favoreçam novas atitudes dos futuros profissionais em relação à doença mental e que estimulem o desenvolvimento do potencial dos indivíduos com sofrimento psíquico"*. Incentiva a criação de grupos de reflexão e supervisão, para que os profissionais de saúde mental possam repensar suas práticas. Reivindica a mudança na lógica das Universidades formadoras de trabalhadores de saúde, que devem introduzir temas de saúde mental e saúde coletiva em seus currículos, bem como a regulamentação do art. 200, inciso III da Constituição Federal, que atribui ao SUS a tarefa de ordenação da formação dos trabalhadores de saúde.

Em relação à organização do trabalho, a Conferência aponta para a garantia, dentro da carga horária contratual, de espaço para a *"atualização, intercâmbio,*

pesquisa, supervisão de equipe e contato dos profissionais com as suas entidades, no sentido de romper com a alienação e burocratização do trabalho". Sublinha que é necessário avançar no processo de organização do trabalho, sugerindo que as associações populares e profissionais lutem juntas por condições e organização de trabalho adequadas e coerentes com as mudanças em curso, "*direcionadas à construção da cidadania dos pacientes e dos profissionais*".

No entanto, é em seu Capítulo 10 – dos “Direitos Trabalhistas” – que o Relatório evidencia de forma mais evidente a intersecção entre estas duas redes enunciativas das quais temos nos ocupado. A Saúde Mental soma-se à luta do campo da Saúde do Trabalhador, visando assegurar em um primeiro momento, o direito ao trabalho das pessoas portadoras de sofrimento psíquico. Posteriormente, lista várias recomendações que devem ser incluídas tanto na Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, como nos Estatutos dos Funcionários Públicos, tais como: a diminuição do tempo de exposição dos trabalhadores às condições de fadiga e tensão psíquica; os períodos de descanso durante a jornada cotidiana, destinados à preservação da atividade mental autônoma; a diversificação das atividades reconhecidamente desgastantes do ponto de vista psíquico; e a formação de grupos de avaliação dos condicionantes de fadiga e de tensão psíquica. Sugere, ainda, a criação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador com equipes de saúde mental; a criação no nível ministerial de uma área destinada à Saúde Mental do Trabalhador; o reconhecimento das doenças mentais como doença profissional sempre que haja nexos causal; e a responsabilização das empresas que tenham causado algum mal psíquico aos seus funcionários. Ressaltamos que as recomendações visam os trabalhadores de forma ampla, não havendo referência explícita ao servidor público, ou ainda, ao trabalhador dos serviços de saúde, refletindo que neste primeiro momento a problematização do trabalho em saúde mental não é prioridade.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001: “Cuidar, sim. Excluir, não. – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”, agrega em seu título, o tema mundial proposto pela Organização Mundial da Saúde no mesmo ano⁴³, e as discussões da 11ª

43 “Cuidar Sim, Excluir não”

Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000⁴⁴. O Relatório está dividido em seis capítulos: “Reorientação do Modelo Assistencial em Saúde Mental”; “Recursos Humanos”; “Financiamento”; “Acessibilidade”; “Direitos e Cidadania”; e “Controle Social”. O contexto é o da recente aprovação da nova Lei Federal de Saúde Mental, em abril de 2001.

O Capítulo II que versa sobre os Recursos Humanos, inicia dizendo que a consolidação dos princípios da Reforma Psiquiátrica requer uma política adequada de recursos humanos, integrada nos três planos: municipal, estadual e federal, e que *“valorize e considere a importância do trabalhador de saúde mental na produção dos atos de cuidar, possibilitando o exercício ético da profissão”*. Tal política deve contemplar: capacitação e qualificação continuadas; remuneração justa dos profissionais; planos de cargo, carreira e salários; democratização das relações e das discussões em todos os níveis de gestão, visando a transformação dos processos de trabalho com a superação das formas verticalizadas de gestão; incorporação das questões de segurança, saúde e saúde mental do trabalhador; supervisão clínica e institucional; avaliação de desempenho⁴⁵; jornada de trabalho adequada para todos os profissionais de nível superior, bem como isonomia salarial entre eles⁴⁶. As contratações devem ser exclusivamente através de concursos públicos, salvo em situações de emergência, onde poderão ocorrer outras formas de contratação, mas assegurando-se sempre a seleção pública.

O Relatório reafirma a importância do trabalho interdisciplinar e multiprofissional, *“na perspectiva do rompimento dos ‘especialismos’ e da construção de **um novo trabalhador em saúde mental**, atento e sensível aos diversos aspectos do cuidado”*. Aponta, ainda, para a valorização da experiência de familiares e usuários, superando o “manicômio mental” implícito no saber científico convencional que discrimina o saber popular. Mais adiante, traça o perfil do trabalhador em saúde mental, privilegiando a *“existência de uma dimensão subjetiva, humanizante, solidária e fraterna”* que, no entanto, não deve significar *“nenhuma disposição de aceitar condições de trabalho indignas e precárias, ou aviltamento em sua remuneração”*.

44 Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização da Saúde, com Controle Social.

45 Sem citar, no entanto, os parâmetros para esta avaliação.

46 Os profissionais de nível médio não são citados.

Percebemos uma grande ênfase e preocupação em relação à formação em saúde mental, com estratégias que vão desde a capacitação para a rede básica de saúde (PACS/PSF/médicos generalistas), passando pela inclusão da saúde mental nos currículos universitários, até a capacitação dos profissionais de saúde mental em temas específicos, sobretudo atendimento de crianças, adolescentes e usuários de drogas. O último tópico (item 5) abordado, em relação aos recursos humanos, é "saúde mental do trabalhador" que, pelo meu interesse particular, passo a descrever em sua íntegra:

“ 5. Saúde Mental do Trabalhador

266. Desenvolver estratégias específicas para acompanhar e tratar da saúde mental dos trabalhadores da saúde.

267. Criar programas de saúde mental no âmbito da administração municipal para os funcionários e servidores portadores de sofrimento psíquico e/ou dependência de álcool e drogas.

268. Regulamentar o pagamento do adicional de insalubridade para os profissionais da saúde, conforme a legislação vigente.”

Por ocasião desta Conferência, o Ministério da Saúde lançou um Caderno de Textos onde sinaliza que os temas centrais da Reforma são: a reorientação do modelo assistencial, financiamento e recursos humanos. Em relação aos recursos humanos, pergunta: *Qual o perfil adequado para quem trabalha com o cuidado psicossocial? Como garantir que lugares fora dos grandes centros tenham profissionais qualificados? Como descentralizar os pólos de formação?*

Concluindo, percebemos que o **cruzamento do discurso da Saúde Mental e da Saúde do Trabalhador aparece a partir da II Conferência Nacional de Saúde Mental. Primeiro tentando garantir a discussão da Saúde Mental na Saúde do Trabalhador e, somente na III Conferência Nacional de Saúde Mental, pautando efetivamente a discussão da Saúde do Trabalhador, especialmente do trabalhador da saúde, na Saúde Mental.**

A seguir, apresentamos um quadro resumido com o contexto, os eixos principais e as discussões das Conferências Nacionais de Saúde Mental, em relação à Saúde do Trabalhador⁴⁷.

47 Em relação à participação por segmento de gestores, trabalhadores e usuários, não há informação nos relatórios das Conferências.

QUADRO 1 - Saúde do Trabalhador nas Conferências Nacionais de Saúde Mental

CONFERÊNCIA/ ANO	CONTEXTO E PARTICIPANTES	EIXOS PRINCIPAIS	SAÚDE DO TRABALHADOR
I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL - 1987	- VIII Conferência Nacional de Saúde; - Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental; - Criação do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial	1. Economia, Sociedade e Estado: Impactos sobre Saúde e Doença Mental; 2. Reforma Sanitária e Reorganização da Assistência à Saúde Mental; 3. Cidadania e Doença Mental: Direitos, Deveres e Legislação do Doente Mental.	Não é mencionada.
II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL - 1992	Constituição Federal de 1988; Implantação do SUS (Lei 8080/90) 500 Delegados.	1. Rede de atenção em saúde mental: financiamento, gerenciamento, vigilância; 2. Trabalhadores de saúde, organização do trabalho e pesquisa; 3. Direitos e Legislação: revisão legal necessária, direitos civis e cidadania, direitos trabalhistas, drogas e legislação, direitos dos usuários.	Prioriza a organização do trabalho como dispositivo para a desinstitucionalização do trabalhador de saúde mental, definindo a equipe de saúde como multiprofissional, com espaço para "atualização, intercâmbio, pesquisa, supervisão de equipe e contato dos profissionais com as suas entidades, no sentido de romper com a alienação e burocratização do trabalho". Soma-se à luta do campo da Saúde do Trabalhador, visando assegurar a inclusão do tema da saúde mental do trabalhador no nível central de governo, na legislação e nos serviços de saúde.
III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL - 2001	Aprovação da Lei Nacional 10.201/01 1700 Delegados.	1. Reorientação do Modelo Assistencial em Saúde Mental; 2. Recursos Humanos; 3. Financiamento; 4. Acessibilidade; 5. Direitos e Cidadania; 6. Controle Social.	Defende uma política de recursos humanos para a saúde mental, que deve contemplar capacitação e qualificação continuadas com supervisão clínica e institucional; remuneração justa; superação das formas verticalizadas de gestão; incorporação das questões de segurança, saúde e saúde mental do trabalhador. Preocupação específica com a saúde mental do trabalhador da saúde.

Fonte: Relatórios da I, II e III Conferências Nacionais de Saúde Mental.

2.3 SAÚDE DO TRABALHADOR x MEDICINA DO TRABALHO

2.3.1 Fragmentos da Política de Saúde do Trabalhador no Brasil

A Saúde do Trabalhador também constitui uma rede enunciativa, que assim como a Reforma Psiquiátrica, legitima-se a partir da Reforma Sanitária, diferenciando-se da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, como veremos adiante⁴⁸.

Foucault (2001) demonstrou como o capitalismo reconfigurou as relações sociais e subjetivas, sobretudo no que diz respeito ao controle sobre o corpo e, conseqüentemente, sobre a saúde das populações. Em um processo que o autor define como “biopolítica”, a vida e seus mecanismos entram na ordem do saber e do poder, ou melhor, a vida passa a ser preocupação política. Este foi fenômeno indispensável, talvez de maior amplitude que a moral ascética (WEBER, 1996), para o desenvolvimento do capitalismo, que só pôde ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos da população aos processos econômicos.

No Brasil, como em todo mundo ocidental e capitalista, o sistema de saúde se desenvolveu a partir da assistência à saúde dos trabalhadores urbanos. Na história brasileira, a preocupação com a manutenção do corpo que trabalha já aparece nos cuidados médicos dispensados aos escravos durante o Império. Em 1888, o primeiro grupo de trabalhadores, no caso os empregados dos Correios, têm o direito à aposentadoria assegurado em lei, seguidos pelos ferroviários e marinheiros.

Com o início da imigração européia, sobretudo dos anarquistas italianos, percebe-se o incremento da organização dos trabalhadores. Em 1906 acontece o I Congresso Operário Brasileiro, em um movimento crescente que culmina com a Greve Geral de 1917, em São Paulo, com importantes desdobramentos para a luta dos trabalhadores no Brasil, entre eles, a primeira Lei do Acidente de Trabalho, em 1919. O ano de 1923 marca o início da Previdência Social, com a criação da Caixa de Aposentadoria e Pecúlio para uma empresa ferroviária, que acabou por se estender para outras categorias, sobretudo a partir do governo de Getúlio Vargas. Nesta época, 50% das fábricas já tinham médicos, mas o atendimento era reservado

48 As considerações iniciais deste capítulo são baseadas em quatro principais referências: Rocha & Nunes (1993); Dias (1994); Nardi (1999) e o site da Previdência Social: http://www.mpas.gov.br/01_03_03.asp

apenas para os operários com bom comportamento. Os Acidentes de Trabalho eram encaminhados às Santas Casas de Misericórdia, que atendiam toda sorte de “indigentes”, evidenciando que a saúde estava mais ligada a uma caridade do que a um direito. Esta é considerada a primeira fase da história da legislação e da burocracia brasileira no que se refere às relações saúde e trabalho.

Após este período, com Getúlio Vargas, o Estado toma para si o papel de principal regulador das relações de trabalho. Em 1930 é criado o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, tendo como uma das atribuições orientar e supervisionar a Previdência Social, incrementada pela criação dos institutos de seguridade social, organizados por categorias profissionais. Luz (1991) observa que o Estado participava da gestão dos sindicatos e institutos, controlando a seleção, formação e eleição de seus dirigentes, corroborando para a principal característica da Era Vargas, qual seja, o clientelismo.

A Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em 1943, vai reunir a legislação referente à organização sindical, previdência social, proteção ao trabalhador e justiça do trabalho, permanecendo como a principal legislação trabalhista até hoje. Em relação à saúde, o Capítulo V da CLT dispõe sobre as Normas Regulamentadoras de Segurança e Medicina do Trabalho, estabelecidas somente em 1978 e que são constantemente modificadas e atualizadas conforme os tensionamentos entre os diferentes saberes deste campo.

A promulgação da Constituição de 1946 marca um novo período nas relações entre saúde e trabalho. Apesar de não mexer na estrutura sindical, que permanece fortemente atrelada ao Estado, percebe-se uma redemocratização da Previdência, com um aumento significativo das despesas com a assistência médica dos seus segurados, e a criação da LOPS – Lei Orgânica de Previdência Social. O Ministério da Saúde torna-se autônomo em relação ao Ministério da Educação, em 1953. Em 1963 temos a promulgação do Estatuto do Trabalhador Rural, como resultado da pressão exercida pelas Ligas Camponesas.

Com a Ditadura Militar, o período entre 1964-1980 é marcado por forte centralização política. O período se inicia com o silenciamento dos sindicatos e partidos de esquerda e termina com o surgimento de novos movimentos sociais com outras pautas de reivindicação, como aqueles que inseriram a saúde como luta política, por exemplo.

Com relação aos sindicatos, houve intervenção em 70% daqueles com mais de cinco mil trabalhadores, considerando que a “Lei da Greve” de 1964 impedia o livre exercício da atividade sindical. Já em relação à saúde, optou-se por uma diminuição do orçamento do Ministério da Saúde, em paralelo ao aumento dos gastos com a assistência médica da Previdência Social, bem como com o estabelecimento de convênios médicos com as empresas e a compra de serviços em saúde do setor privado. Este conjunto de medidas evidencia que o direito à saúde permanece relacionado com a capacidade laboral, com a diferença de que neste período, o principal papel da Previdência passa a ser financiar o crescimento da atenção médica no setor privado. O discurso era claro e contundente, como podemos perceber neste pequeno trecho do comentário de Martins Powel, em julho de 1966, em relação à saúde no Plano de Desenvolvimento Econômico e Social do Governo da União:

“Como corolário, devem merecer prioridade as atividades que favoreçam o nível de saúde dos adultos produtivos e dos adolescentes em vias de se tornarem produtivos, com uma atenção menos para os demais grupos etários (...) Aos que, por motivos sentimentais, clamam por outra ordem de prioridade, diga-se que mantendo vivos e capazes os que trabalham para a manutenção da família, são favorecidos, também os dependentes” (citado por NARDI, 1999, p.47).

Ainda em 1966 é instituído o INPS – Instituto Nacional de Previdência Social, reunindo os seis Institutos de Aposentadorias e Pensões até então existentes; e criado o FGTS – Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, que substituiu a estabilidade no emprego. Em 1970, o INPS sofreu uma centralização administrativa, que culminou com a exclusão dos trabalhadores de sua direção. Em 1974 houve o desmembramento do Ministério da Previdência e Assistência Social; e do Ministério do Trabalho. O primeiro ficou com o pagamento dos benefícios e atendimento ao segurado; o segundo com a prevenção de acidentes, segurança e medicina do trabalho.

Todas estas iniciativas marcam um outro papel para o Estado, na mediação das relações entre Capital e Trabalho. Sob estas condições, conforme aponta Nardi (1999), surge a base do sistema de atenção à saúde dos trabalhadores, com caráter eminentemente privado, ligado ao Capital e ancorado na rede enunciativa da Medicina do Trabalho.

A Medicina do Trabalho funciona, assim, como uma espécie de braço do empresário para recuperação do trabalhador, visando seu "conserto" e retorno à linha de produção o mais rápido possível em um momento onde a força de trabalho era fundamental à industrialização emergente⁴⁹. O aspecto central não é o sofrimento do trabalhador, mas sim sua capacidade ou incapacidade para produzir. Apresenta, ainda, características muito claras, tais como a centralidade na figura do médico, com uma visão biológica, individual e unicausal das doenças e acidentes do trabalho (DIAS, 1994; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

A Saúde Ocupacional, identificada por alguns autores como estágio intermediário entre a Medicina do Trabalho e a Saúde do Trabalhador, não chega a alterar as posições dos saberes que justificam as relações de poder Capital-Trabalho, referindo-se a uma passagem da unicausalidade para a multicausalidade na explicação etiológica das doenças; e de um modelo exclusivamente médico para um modelo multiprofissional, mas ainda centrado no médico (NARDI, 1999).

A partir de 1978, os movimentos sociais revigoram-se e tomam ainda mais força. São realizadas grandes greves pelos metalúrgicos do ABC paulista, marcando a retomada da organização dos trabalhadores em prol de uma pauta consistente de reivindicações. Em 1980, é criado o DIESAT – Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho, apontando para uma nova proposta na luta pela melhoria das condições de trabalho, a partir de uma aliança entre técnicos da saúde e sindicalistas.

Assim como no campo da Saúde Coletiva, também na Saúde do Trabalhador, os protagonistas foram os trabalhadores e os movimentos populares. Sendo assim, ao mesmo tempo em que se discutiam as principais diretrizes do SUS na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizava-se a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, marcando o conflito com os setores tradicionais da Medicina do Trabalho.

A Saúde do Trabalhador constitui-se como contraponto ao discurso hegemônico da Medicina do Trabalho, assim como a Reforma Psiquiátrica é a problematização do discurso hegemônico da Psiquiatria. No entanto, a Reforma Psiquiátrica, pelo menos no início, não tem como prioridade a necessidade de uma

49 Vide a célebre frase de Ford: "o corpo médico é a seção da minha fábrica que me dá mais lucro".

reflexão sobre o trabalho, ao contrário da Saúde do Trabalhador, que apresenta como um dos seus principais pilares justamente o saber do trabalhador. Uma outra diferença diz respeito à legitimação destas políticas. Os princípios da Reforma Psiquiátrica são garantidos em lei apenas em 2001, enquanto a Saúde do Trabalhador já passa a ter nova definição a partir da Constituição Federal de 1988 que, quando menciona a saúde do trabalhador e o ambiente de trabalho, o faz expressamente no capítulo do direito à saúde. Seguindo esta definição, a Lei Federal 8080/90 estabelece que a Saúde do Trabalhador é campo de atuação do Sistema Único de Saúde, e não mais atribuição exclusiva do Ministério do Trabalho e Emprego ou do Ministério da Previdência Social. Dias (1993) resume as competências do SUS em relação à saúde dos trabalhadores, conforme aparecem na referida Lei:

- assistência ao trabalhador vítima de Acidente do Trabalho ou Doença Ocupacional;
- realização de estudos, pesquisas, avaliação e controle de riscos e agravos nos ambientes de trabalho;
- normatização da fiscalização e controle dos riscos à saúde dos trabalhadores (“invasão” do espaço do Ministério do Trabalho que detinha exclusividade na fiscalização);
- avaliação dos impactos das novas tecnologias; e
- informação aos trabalhadores e empregadores

No entanto, uma má interpretação (e redação) de um dos artigos da Constituição abriu brechas para a sobreposição das atribuições do Ministério do Trabalho e do Ministério da Saúde, revelando a disputa político-ideológica presente nesse campo.

"Confundiu-se, inadequadamente, a inspeção do trabalho, reservada à União (CF, art. 21, XXIV), com a vigilância da saúde dos trabalhadores, obrigações do sistema de saúde que, por mandamento constitucional, deve ser descentralizado para todas as esferas do governo (CF, art. 198, I)" (BRASIL, 2001b).

Sendo assim, as Delegacias Regionais do Trabalho advogam em vários Estados, a exclusividade de inspecionar os locais de trabalho, orientadas por um modelo técnico-burocrático incapaz de alimentar um sistema, mínimo que seja, de

vigilância em saúde do trabalhador. Da mesma forma os Serviços de Engenharia, Segurança e Medicina do Trabalho - SESMTs, instituídos em 1978, desviam-se das suas funções de reconhecer e exercer o controle das causas de acidentes e doenças, restringindo-se à adoção de medidas paliativas diante dos riscos mais patententes, já que os profissionais que atendem os trabalhadores também são assalariados das Empresas. Lógica que se reproduz no sistema público, na rede do SUS, em consequência da deficiência na formação de recursos humanos da saúde - ainda tão atrelada ao ideal de trabalho no setor privado - e da generalizada insatisfação profissional e salarial (DIAS, 1994; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

O Estado é palco da disputa pela hegemonia do saber a respeito das relações saúde-trabalho, onde os técnicos de saúde ligados ao SUS e aos sindicatos tendem a estar mais vinculados ao campo da Saúde do Trabalhador, enquanto os técnicos das empresas e da Previdência Social identificam-se, em sua maioria, com a Medicina do Trabalho (NARDI, 1999). Apesar das normas e da legislação, o governo federal não criou uma política forte para o setor, tampouco subsidiou estados e municípios com instrumentos de gestão e recursos suficientes. A Saúde do Trabalhador ganhou vida, basicamente, em municípios das regiões Sudeste e Sul, “onde os trabalhadores tinham maior potencial de mobilização e havia disponibilidade de recursos” (BRASIL, 2004).

Visando mudar esta realidade e definir de forma mais clara o papel do SUS nas ações de Saúde do Trabalhador, tramita no Congresso Nacional projeto de lei 3307/2004, de autoria do deputado Roberto Gouveia (PT-SP). Em paralelo, o Ministério da Saúde começa a esforçar-se na implementação de uma Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), instituída pela Portaria MS 1679/0250.

A Portaria previa a implantação de 130 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador em todo País, até 2004, sendo que 12 no Rio Grande do Sul: 01 de referência estadual na capital Porto Alegre, e 11 de referência regional. Destes estão em funcionamento o Centro de Referência Estadual, e três regionais, sediados nos municípios de Porto Alegre, Ijuí e Santa Cruz do Sul. Em entrevista com uma integrante da gestão da política de saúde do trabalhador no estado, nos foi relatado

50 Em fase de alteração, sob consulta pública.

que nas demais regiões⁵¹, o processo de implantação dos centros de referência está bem avançado, devendo ser concluído até 2006. Segundo ela, alguns municípios apresentam resistência, por temer que os repasses do Ministério da Saúde não sejam cumpridos, e que eles tenham que arcar sozinhos com a continuidade do serviço, já que a contrapartida dos municípios é a contratação de pessoal, o que pode comprometer os gastos, controlados pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

Em toda esta construção histórica, entre tantos entraves e embates, fica evidente que as discussões centraram-se nas mudanças na lógica de atendimento aos **usuários** dos serviços de saúde. As formas de organização e as relações de trabalho na saúde não foram priorizadas e, até mesmo, pouco problematizadas⁵². **As políticas públicas direcionadas à saúde do trabalhador, elegeram como foco principal os trabalhadores vinculados às organizações privadas, deixando uma importante lacuna na atenção em saúde para os servidores públicos e mais ainda para os trabalhadores da saúde.**

Não podemos esquecer que a participação dos trabalhadores da saúde foi condição de possibilidade para a Reforma Sanitária brasileira. Tanto se lutou por um sistema de saúde para todos, mas percebemos uma certa omissão com relação aos trabalhadores da saúde. Gastão Wagner (Campos, 2000) chama a atenção para o "outro lado da moeda" onde tão difícil quando se pautar apenas pelas relações de mercado, é o apagamento do sujeito em função das necessidades sociais - equipes de saúde oprimidas pela definição messiânica de objetivos tidos como éticos e politicamente corretos, onde encontramos outro tipo de dominação: o império transcendente do outro. O trabalhador da saúde é chamado a cuidar do outro, talvez por isso seja tão difícil pensar em um cuidado de si. No caso, é como se a produção de saúde se desse às custas da própria saúde, em um círculo paradoxal do curar adoecendo (OSORIO DA SILVA, 1994).

A tímida produção a este respeito também é um importante indicativo desta dificuldade. Para se ter uma idéia, na base de dados LILACS - Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde – encontramos, em dezembro de

51 Faltam entrar em funcionamento mais um centro de referência para a região metropolitana de Porto Alegre, em município a ser definido; e os centros com sede nas seguintes cidades: Santa Maria, Palmeira das Missões, Pelotas, Passo Fundo, Erechim, Caxias do Sul e Alegrete.

52 Não podemos deixar de mencionar, no entanto, importantes contribuições, como por exemplo, do LAPA – Laboratório de Aplicação, Planejamento e Administração em Saúde, da UNICAMP, que vem

2003, 579 ocorrências com o tema “saúde do trabalhador”. Destas, apenas 31 títulos, pouco mais de 5%, versam sobre o trabalhador da saúde, prioritariamente (24) sobre o trabalho em hospitais, especialmente da área de enfermagem, abordando desde os riscos ocupacionais, passando pela gestão de recursos humanos, até a relação entre processo de trabalho e subjetividade.

Na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações, em janeiro de 2004, foram 33 achados com o mesmo tema “saúde do trabalhador”, sendo que apenas 02 tinham como foco a saúde do trabalhador da saúde, ambos tratando de aspectos ergonômicos do trabalho hospitalar (DUARTE, 2001; SILVA, 1999). Já no sistema SciELO, em janeiro de 2004, foram encontrados 33 artigos sobre a saúde do trabalhador, nenhum a respeito da saúde do trabalhador da saúde.

Se a Saúde do Trabalhador, enquanto rede enunciativa e política pública, teve o setor privado e a relação capital/trabalho como foco, sem priorizar o servidor público, ou o trabalhador da saúde, passamos agora a analisar como se debruçou sobre o tema da saúde mental.

2.3.2 Saúde Mental na Saúde do Trabalhador

A I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada em dezembro de 1986, teve como principal marca, a formulação de conteúdos para a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, que foram incorporados na Constituição Federal de 1988 e na Lei do SUS, em 1990. Já na sua forma de organização fica evidente o esforço para quebrar a hegemonia do Ministério do Trabalho, nitidamente ligado aos interesses empresariais, na discussão da saúde do trabalhador, levando-a efetivamente para o campo da saúde. Na falta de uma definição mais clara do Ministério da Saúde, quem coordena a organização da Conferência é o Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz. Os empresários foram os principais ausentes nos processos de discussão e deliberação, com apenas 1% de representação entre os delegados participantes.

Em seu Relatório Final, a Conferência estabelece o consenso de que a saúde dos trabalhadores extrapola os limites da saúde ocupacional, introduzindo o conceito ampliado de saúde. Afirma a necessidade de revisar a legislação, ampliando as

listas de doenças ocupacionais, com uma legislação única que assegure os mesmos direitos a todos, independente de trabalharem na área urbana, rural, pública ou privada. Enfatiza, em vários momentos, a necessidade da criação de um Sistema Único de Saúde, com descredenciamento da rede privada e programas específicos de atendimento ao trabalhador. Tal Sistema deve contar, ainda, com uma política de recursos humanos que reoriente a formação e utilização dos trabalhadores da área de saúde pública, com remuneração digna dos mesmos. Em relação à fiscalização, sugere que as ações sejam responsabilidade do SUS, com participação dos trabalhadores, evitando-se que os profissionais que realizam a fiscalização tenham vínculos com a empresa. Da mesma forma, criticam a subordinação dos SESMTs à classe patronal, sugerindo que os mesmos fiquem sob controle dos sindicatos ou das associações de classe. As questões relativas ao trabalho rural e à proibição do trabalho “do menor” são destacadas em vários itens. Levanta a necessidade do envolvimento cada vez maior dos sindicatos na questão da saúde como objetivo de luta, ressaltando a importância da organização dos trabalhadores para a abertura de novos espaços. Em seu último eixo *“Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores”*, estabelece direitos básicos de saúde do trabalhador. Em relação aos portadores de deficiência, estabelece o direito ao trabalho, acompanhamento em saúde, reabilitação e reinserção no trabalho, bem como aposentadoria especial.

A II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador foi realizada oito anos depois, sob a égide da Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde, na qual está incorporada a atenção à saúde dos trabalhadores como papel do SUS. Seu tema central foi *“Construindo uma Política de Saúde do Trabalhador”*, e os temas complementares: Desenvolvimento, Meio Ambiente e Saúde; Cenário de Saúde do Trabalhador de 1986 a 1993 e Perspectivas; e Estratégias de Avanço na Construção da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. As principais marcas dessa conferência, segundo seu Relatório, foram a definição da unificação das ações de saúde do trabalhador no SUS, e a discussão das dimensões políticas, sociais, econômicas, técnicas e gerenciais deste caso particular de política pública. Compuseram o evento quatro mesas redondas e oito painéis específicos, entre eles um sobre saúde mental.

O painel específico sobre saúde mental foi coordenado por Leny Sato, representando o DIESAT. Em suas considerações iniciais, Sato avalia que já existe há várias décadas o reconhecimento internacional de que determinadas formas de organização do trabalho, produtos químicos e novas tecnologias são nocivas à saúde mental. No entanto foi apenas na década de 1980, que os pesquisadores brasileiros da área de saúde mental puderam inserir suas contribuições no campo da Saúde do Trabalhador, ampliando as ações tanto dos serviços públicos como dos sindicatos. Nessa época, por exemplo, foram realizadas as primeiras pesquisas pelo DIESAT, a partir de demandas sindicais, com os trabalhadores bancários (1985) e metroviários (1986), visando conhecer os efeitos à saúde mental provocados pelas condições de trabalho, especialmente o trabalho automatizado. Embora ressalte que a discussão “saúde mental e trabalho” não se configure como tema prioritário para várias categorias de trabalhadores, avalia que após oito anos da realização da I Conferência, um maior número de sindicatos de trabalhadores atuam em defesa da saúde dos trabalhadores. Para ela, esta luta implica em detectar as condições de trabalho geradoras de agravos à saúde, em aprofundar o conhecimento técnico destes agravos, incluindo o conhecimento dos trabalhadores, e delinear estratégias de ação. Sendo assim, *“uma das principais fontes de dados sobre a relação saúde e trabalho é aquela fornecida pela subjetividade, pelo conhecimento prático que os trabalhadores têm sobre essa relação”*.

Na fala de Pérsio Dutra, também pelo DIESAT, é reforçado o entendimento de que a saúde mental do trabalhador não é uma preocupação generalizada do movimento sindical, apontando que em geral os problemas de sofrimento mental chegam aos sindicatos travestidos sob forma de manifestações orgânicas, ou como problemas funcionais com a chefia e com a organização do trabalho em geral, ou ainda, como atritos nas relações interpessoais fora do trabalho. Ele retoma as duas pesquisas citadas por Sato, apontando que, tanto os bancários como os metroviários, tiveram uma grande coincidência do perfil de sofrimento mental, de acordo com o ritmo e o objetivo do serviço, e a introdução de tecnologias de controle (automação), concluindo que uma questão emergente e fundamental é o controle do processo produtivo, do seu objetivo e da tecnologia aplicada a ele. Com isso afirma a necessidade do reconhecimento do nexo da causalidade entre o trabalho e sua

organização no aparecimento dos agravos mentais⁵³, minimizando a prática recorrente de localizar o problema mental nas características individuais de cada um, negando sua relação com as condições de trabalho e de vida. Reflete sobre a dificuldade que enfrenta o trabalhador com sofrimento mental ao procurar tratamento e reconhecimento do nexos com o trabalho. Os médicos das empresas nunca irão estabelecer o nexos, o sindicato está despreparado para defendê-lo, os profissionais da rede pública também têm dificuldade em associar seu quadro, e quando reconhecido e enviado ao INSS, encontrará alguém que apontará que seu problema é individual e nada tem a ver com a organização e as condições de trabalho.

Uma das principais propostas aprovadas na Plenária Final (BRASIL, 1994) foi a necessidade de unificação de todas as ações de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde. Em relação à saúde do servidor público, aparece a preocupação em garantir ações dentro do sistema de vigilância e fiscalização nas instituições públicas e privadas (p.17); a criação de Comissões de Saúde do Trabalhador nos serviços públicos e privados (p.20); e a exigência de que o serviço público em todas as esferas de governo, enquanto empregador, passe a emitir CAT (p.35). Ao trabalhador da saúde foi dedicado um capítulo específico (V – Recursos Humanos para a Saúde do Trabalhador), o qual afirma a necessidade de regulamentar e cumprir as regulamentações e resoluções já existentes em relação à formação de recursos humanos para a saúde; defende que os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador sejam locais de formação na área de saúde e trabalho, reconhecendo a natureza multidisciplinar e continuada da formação nesta área, bem como a necessidade de inclusão dos profissionais de serviço social e psicologia nas equipes de saúde, *“permitindo maior humanização do serviço e defesa dos interesses dos trabalhadores”*. Na gestão dos recursos humanos pelo Estado, o governo deve investir na qualificação dos trabalhadores dos serviços públicos de saúde; ampliar, mediante concurso público, o quadro de pessoal voltado para as ações de saúde do trabalhador no SUS; implantar o Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), incentivando o regime de dedicação exclusiva para os profissionais da saúde; e regulamentar a formação profissional e a situação trabalhista dos agentes comunitários de saúde. Considerando a atuação dos profissionais da área, o relatório explicita que deve-se *“tomar como objeto de*

53 Como veremos a seguir, essa relação só foi estabelecida a partir de 1999.

análise, nas ações de vigilância em saúde do trabalhador, as relações profissionais e institucionais a que estão submetidos os profissionais de saúde, contemplando, inclusive, aspectos de sua saúde mental” (p.27). Além deste ponto, o relatório apresenta outros itens específicos sobre a saúde mental, como a necessidade da contemplação de aspectos de saúde mental no reconhecimento de doenças profissionais (p.33), e a sugestão de que as empresas públicas e privadas mantenham programas educativos em relação ao alcoolismo. (p.45).

Pela própria avaliação realizada durante a Conferência, podemos perceber o quanto os técnicos ligados às universidades tiveram um papel importante e apontaram para uma dificuldade dos sindicalistas em eleger a questão do sofrimento psíquico como uma questão central.

Concluindo (vide quadro abaixo), percebemos que **o cruzamento do discurso da Saúde do Trabalhador e da Saúde Mental aparece de forma incipiente na I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, fortalecendo-se a partir da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, sobretudo pela influência de profissionais ligados às universidades**. Passados dez anos da última Conferência e considerando que justamente neste período intensificaram-se no Brasil os efeitos da 3ª Revolução Industrial (fusão das tecnologias da informática e das telecomunicações), bem como os estudos da relação entre adoecimento psíquico e trabalho, sendo que esta relação só foi reconhecida legalmente em 1999, vislumbramos que a Saúde Mental será um dos grandes temas da próxima Conferência de Saúde do Trabalhador⁵⁴.

54 A III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador já está marcada para novembro de 2005, com a sugestiva chamada: “Trabalhar Sim, Adoecer Não” (Portaria MS 774/2004).

QUADRO 2 - Saúde Mental nas Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador

CONFERÊNCIA/ ANO/CONTEXTO	CONTEXTO E PARTICIPANTES	EIXOS PRINCIPAIS	SAÚDE MENTAL
I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DOS TRABALHADORES – dezembro 1986	Realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (março 1986) 399 delegados, sendo 46% representantes de trabalhadores, 40% do Estado, 9% das Universidades e 5% de outras categorias.	1. Diagnóstico da Situação de Saúde e Segurança dos Trabalhadores; 2. Novas Alternativas de Atenção à Saúde dos Trabalhadores; 3. Política Nacional de Saúde e Segurança dos Trabalhadores .	Em sua última temática, aparece uma clara preocupação com o portador de deficiência, que deve ter acesso ao trabalho; acompanhamento médico, psicológico e social; e aposentadoria especial com 25 anos de trabalho. Sugere, ainda, a substituição do atestado de sanidade física e mental por atestado de aptidão para a função.
II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR – 1994	Constituição Federal em 1988, e Lei Orgânica da Saúde, em 1990. IX Conferência Nacional de Saúde, em 1992. 560 delegados, dos quais 65,7% representante dos trabalhadores, 31,1% do Estado e 3,2% dos empregadores.	Tema central: “Construindo uma política de saúde do trabalhador”. Temas complementares: 1. Desenvolvimento, Meio Ambiente e Saúde; 2. Cenário da Saúde do Trabalhador de 1986 a 1993 e Perspectivas; 3. Estratégias de Avanço na Construção da Política Nacional de Saúde do Trabalhador.	Um dos painéis específicos foi sobre saúde mental e trabalho, onde se fez uma avaliação da relação entre saúde mental e trabalho no Brasil. No relatório final foi apontada a necessidade de que se contemple aspectos de saúde mental no reconhecimento das doenças profissionais; a inclusão dos profissionais de serviço social e psicologia nas equipes de saúde do trabalhador; e ainda que na vigilância em saúde do trabalhador, as relações profissionais e institucionais a que estão submetidos os profissionais de saúde sejam consideradas, inclusive a saúde mental.

Fonte: Relatórios da I e II Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador.

2.4 SAÚDE DO TRABALHADOR DE SAÚDE MENTAL

Analisando a produção escrita disponível no Brasil, a respeito da saúde do trabalhador de saúde mental, percebemos que este é um tema recente. Em nossa pesquisa, encontramos apenas dois artigos publicados (ZAGO, 1988; RAMMINGER, 2002), e poucas dissertações de mestrado (REGO, 2000; FENSTERSEIFER, 1999; FRAGA, 1997; LANZARIN, 2003). O interessante é que todos os autores elegeram como foco, sob diferentes perspectivas, a saúde mental do trabalhador de saúde mental. Sendo assim, o último jogo de verdades que analisarei é este que designamos como “saúde mental e trabalho”, inserindo nessa discussão o olhar sobre o trabalhador de saúde mental.

No campo de disputas que marca as formas de legitimação da verdade a respeito da relação entre saúde mental e trabalho, podemos demarcar dois pólos antagônicos. Um é centrado na motivação e satisfação no trabalho, com objetivos claros de aumento da produção e lucratividade, sendo que o adoecimento psíquico do trabalhador tende a ser visto como reflexo de patologias do indivíduo, sem relação possível com o trabalho. Ou seja, o trabalho entra como fator desencadeante de um problema individual, que o sujeito já trazia consigo, devido a fatores genéticos ou relações familiares, e que “apenas” se manifestou no local de trabalho. No pólo inverso, o tema da saúde mental integra-se à discussão sobre saúde do trabalhador, *“partilhando de seus pressupostos e propondo uma redefinição da noção de saúde mental, onde o trabalho aparece como fator constitutivo de adoecimento e de saúde mental”* (TITTONI, 1997, p.216).

Jacques (2003) distingue quatro principais correntes de pensamento em saúde mental e trabalho: as pesquisas de base epistemológica e/ou diagnóstica; as teorias sobre o estresse; a psicodinâmica do trabalho; e os estudos em subjetividade e trabalho.

Começamos pelas abordagens calcadas no diagnóstico. Estabelecer a relação entre doença/saúde mental e trabalho não é tarefa fácil, visto que o processo de adoecimento psíquico sempre é singular, e envolve várias dimensões da vida do sujeito. Isto pode dificultar pesquisas quantitativas, como os estudos epidemiológicos que, no entanto, são fundamentais para nos dar a dimensão deste

“invisível” que pode tornar-se mais palpável na medida em que começa a ser reconhecido, pelo menos nas estatísticas (TITTONI, 2003).

Estudos realizados sobre transtornos mentais relacionados ao trabalho estimam índices de 30% de transtornos mentais menores, e de 5 a 10% de transtornos mentais graves na população trabalhadora ocupada (WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO, 1985). Estes índices são confirmados pelos números da Previdência Social, onde as psiconeuroses ocupam o primeiro lugar entre as causas de incapacidade temporária, e o segundo e terceiro lugares entre as causas de incapacidade permanente e invalidez (MENDES, 1997) sem, no entanto, existir referência quanto à relação destes índices com o trabalho.

O peso das estatísticas, somado ao esforço dos pesquisadores e dos movimentos sociais, culminou no reconhecimento legal da relação entre saúde mental e trabalho no Brasil, através do Decreto 3.048/99 do Ministério da Previdência e Assistência Social que discrimina os Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho⁵⁵.

No *“Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde para as Doenças Relacionadas ao Trabalho”*, o Ministério da Saúde aponta que condições favoráveis para a livre utilização das habilidades dos trabalhadores e o controle do trabalho pelos trabalhadores são importantes requisitos para que o trabalho possa proporcionar prazer, bem-estar e saúde. Por outro lado, o trabalho desprovido de significação, sem suporte social, não-reconhecido ou que seja fonte de ameaça à integridade física e/ou psíquica podem provocar sofrimento. Outros fatores são citados como desencadeantes do adoecimento psíquico no trabalho, tais como: acidente de trabalho; mudança de posição na hierarquia; processo de comunicação dentro do ambiente de trabalho (com maior ou menor espaço para as contribuições dos trabalhadores); o tempo e o ritmo exigidos (jornadas de trabalho longas e com poucas pausas, turnos de trabalho noturnos ou alternados, ritmos intensos ou

55 Atualmente, segundo a legislação, são reconhecidos como Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho, as seguintes categorias diagnósticas desde que relacionadas ao trabalho: Demência em outras doenças específicas classificadas em outros locais (F02.8); *Delirium*, não-sobreposto à demência, como descrita (F05.0); Transtorno cognitivo leve (F06.7); Transtorno orgânico de personalidade (F07.0); Transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado (F09.-); Alcoolismo crônico (relacionado ao trabalho) (F10.2); Episódios depressivos (F32.-); Estado de estresse pós-traumático (F43.1); Neurastenia (inclui síndrome de fadiga) (F48.0); Outros transtornos neuróticos especificados (inclui neurose profissional) (F48.8); Transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não-orgânicos (F51.2); Sensação de estar acabado (síndrome de *burn-out* g, síndrome do esgotamento profissional) (Z73.0) (BRASIL, 2001a).

monótonos, submissão do trabalhador ao ritmo da máquina, pressão por maior velocidade e produtividade). As causas do adoecimento psíquico também podem ser orgânicas, como nos casos de alguns metais pesados e solventes que têm ação tóxica direta no sistema nervoso ou nos acidentes de trabalho que afetam o sistema nervoso central. No entanto é freqüente que o sofrimento e a insatisfação do trabalhador se manifestem não apenas pelo reconhecimento da doença em si, mas nos índices de absenteísmo, conflitos interpessoais e extratrabalho (BRASIL, 2001a).

As teorias sobre o estresse giram em torno do conceito de “estresse”, introduzido em 1936 por Hans Seyle, que se preocupou com as respostas fisiológicas do organismo frente a situações ameaçadoras (SELIGMANN-SILVA, 1994). Embora seu referencial básico seja a Fisiologia, vários estudos originaram modelos mais complexos, com a inclusão da perspectiva social e da subjetividade, destacando-se aqueles que analisam a constituição e características clínicas do quadro identificado como *síndrome do esgotamento profissional* ou *burnout* (SELIGMANN-SILVA, 2003). Esta Síndrome descrita por Freudenberger, em 1980, embora originalmente não estivesse exclusivamente ligada às situações de trabalho, hoje têm sido descrita como uma doença recorrente entre os trabalhadores da educação, saúde e segurança, sobrecarregados em suas formas de “prover cuidado” (CODO, 1999). Suas principais características são a exaustão emocional, a despersonalização da atenção e a falta de compromisso com o trabalho.

Há alguns exemplos destes estudos em relação ao trabalhador de saúde mental. Na base LILACS, em janeiro de 2004, encontramos mais de trinta trabalhos versando sobre *síndrome de burnout* em profissionais de saúde, especialmente enfermeiros. Destes, destacamos a pesquisa realizada por Lara (1999) com trabalhadores de um hospital psiquiátrico paranaense, que apontou 40% dos funcionários com indícios de esgotamento emocional e estresse crônico, resultados similares aos encontrados nos estudos de Rosa (2001) e Ramminger (2002). Há também esforços em validar escalas internacionais de avaliação da satisfação e da sobrecarga das equipes técnicas de serviços de saúde mental, que podem fornecer importantes subsídios para futuros estudos epidemiológicos (BANDEIRA; PITTA; MERCIER, 2000).

A Psicodinâmica do Trabalho, inaugurada por Dejours, na França, funda-se em conceitos oriundos da psicanálise, e teve forte influência no Brasil. Estuda as relações entre trabalho, prazer e sofrimento, buscando compreender como os trabalhadores sujeitos às mais diversas pressões no trabalho, conseguem evitar a doença e a loucura (DEJOURS, 1988).

Por outro lado, a Psicodinâmica do Trabalho não se restringe aos indivíduos, visando essencialmente à coletividade. O objetivo são intervenções voltadas para a organização do trabalho, que levem em conta o conhecimento e as relações do conjunto de trabalhadores, já que *“as abordagens individualizantes não dão conta do sofrimento decorrente do trabalho cujas características são, em grande parte, fixadas independentemente da vontade do sujeito”* (DEJOURS, 1988, p. 46).

Para esta teoria, quando se esgota a possibilidade de negociação entre o trabalhador e a organização do trabalho, surge o sofrimento patológico, e a luta contra esse sofrimento – as estratégias coletivas de defesa. Estas estratégias podem ser muito úteis, pois permitem que as pessoas continuem trabalhando, sobrevivendo à angústia. No entanto, *“(...) as estratégias defensivas podem atenuar o sofrimento mas, por outro lado, se funcionarem muito bem e as pessoas deixarem de sentir o sofrimento, pode-se prever a alienação”*. (DEJOURS, 1999, p. 171).

Um exemplo de estratégias defensivas de um coletivo de trabalho é citado por Pitta (1991), quando relata o trabalho de uma psicanalista em um hospital londrino. Segundo o estudo, foram desenvolvidas as seguintes estratégias defensivas pelos trabalhadores do hospital: fragmentação da relação técnico-paciente, reduzindo o tempo de contato do técnico com o doente, e a conseqüente intimidade entre ambos; despersonalização e negação da importância do indivíduo – todos os pacientes são iguais; distanciamento e negação de sentimentos; tentativa de eliminar decisões pelo ritual de desempenho das tarefas – evitando as demandas brutas e minimizando a necessidade de um planejamento individual do trabalho; redução do peso da responsabilidade – há uma obscura hierarquia, onde não fica claro quem se responsabiliza pelo quê. Todas elas visam, em última instância, reduzir a ansiedade provocada por ter *“a dor e a morte como ofício”*⁵⁶.

Contrariando a pesquisa relatada por Pitta, Lanzarin (2003) percebeu grande envolvimento emocional entre os auxiliares de enfermagem de um hospital

56 Parafraçando o livro de Pitta, A. *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec, 1991.

psiquiátrico e a clientela atendida. Segundo a pesquisadora, se por um lado esta intensificação do laço afetivo constitui-se fonte de gratificação para os auxiliares, funcionando como estratégia defensiva frente ao medo e à angústia, por outro lado, acaba contribuindo para a exploração do trabalho. Em sua maioria mulheres, as auxiliares acabam tomando para si algumas responsabilidades que não estão relacionadas com a função que desempenham. Ao mesmo tempo, este cuidado não é reconhecido como uma qualificação ou competência da trabalhadora, mas como expressão de um instinto maternal inato, gerando ainda mais sofrimento.

Finalmente, no campo de estudos designado por Jacques (2003) de “Subjetividade e Trabalho”, a inclusão da subjetividade nos permite pensar o trabalho não apenas como processo de produção de coisas e serviços, mas também de sujeitos. Como vimos, a subjetividade é um conceito estratégico na medida em que nos permite pensar a partir da indissociabilidade entre individual e coletivo, interior e exterior, dentro e fora, indivíduo e sociedade, rompendo com as dicotomias que tradicionalmente marcaram o campo da saúde mental e trabalho (NARDI, 2002). Relembrando a definição do capítulo inicial, poderíamos dizer que a **subjetividade é a maneira pela qual o sujeito faz a experiência de si mesmo em um jogo de verdade no qual ele se reconhece e, portanto, estabelece uma relação consigo mesmo** (FOUCAULT, 2004d). Como por exemplo, alguém que por sua experiência de trabalho e pelos discursos que sustentam sua prática, reconhece a si mesmo como trabalhador de saúde mental.

Nesta perspectiva, as noções de saúde e doença são relativizadas considerando que a existência de uma patologia não significa necessariamente uma anomalia. Ou seja, o indicativo de saúde é como se consegue lidar com as limitações, ou as modificações nas formas de viver associadas à doença, e não a ausência de doença (CANGUILHEM, 1990). Sendo assim, **a saúde no trabalho está diretamente relacionada com a possibilidade de inventar, construir e instituir outros modos de viver e trabalhar, transgredindo e criando outras regras e normas que permitam enfrentar as situações de adoecimento e/ou empobrecimento subjetivo** (TITTONI, 2003).

É neste campo – da subjetividade e trabalho – que situaremos nossa análise sobre a saúde do trabalhador de saúde mental, entendendo que **tanto o campo da saúde do trabalhador, como o campo da saúde mental, indicam a necessidade**

de uma prática reflexiva, com o protagonismo dos trabalhadores, e espaço para a problematização do trabalho, da saúde e das relações de poder/saber.

Seguindo as questões norteadoras apresentadas no início desta dissertação, neste capítulo me propus a identificar os cruzamentos entre os discursos da Saúde Mental e da Saúde do Trabalhador. A seguir, gostaria de analisar os efeitos desta rede discursiva no trabalho em saúde mental. Qual a relação dos trabalhadores de saúde mental com estes discursos? Reconhecem-se neles, negam, contradizem-se, confundem-se? Até que ponto se consegue estabelecer esta prática reflexiva nos serviços? Até que ponto há espaço para se discutir a relação dos trabalhadores com sua saúde, seu trabalho, sua loucura? Até que ponto os serviços estão garantindo espaços “desinstitucionalizantes” e produtores de saúde (para os trabalhadores, familiares e usuários)?

Não quero fazer a história das soluções.
Quero fazer a genealogia dos problemas.

Michel Foucault

3 EXPERIÊNCIA DE SI: saúde do trabalhador e modos de subjetivação em serviços de saúde mental

Para evidenciar a relação entre a rede enunciativa presente nos textos de sustentação das políticas de saúde mental e de saúde do trabalhador, e como esta rede atravessa e constitui o sujeito trabalhador dos serviços de saúde mental (subjetivação), foram muitas as estratégias utilizadas. Passo a descrevê-las brevemente.

Inicialmente, procurei conhecer a política e os serviços de atenção à saúde do servidor público, com ênfase nos trabalhadores da saúde, especialmente os de saúde mental. Foi assim que cheguei à Perícia Médica do Estado, realizando entrevista com seu coordenador, bem como com sua equipe de saúde mental.

Em seguida, ouvi os trabalhadores de saúde mental. Em meu projeto de pesquisa já havia apontado que gostaria de priorizar os serviços de saúde mental identificados com os princípios da Reforma Psiquiátrica, já que o objetivo era analisar os efeitos deste discurso sobre os trabalhadores. Dentre as opções incluídas no projeto (CAPS de Bagé, Novo Hamburgo, Pelotas, Porto Alegre, Santa Cruz do Sul e Viamão), escolhi o município de Porto Alegre, pelas facilidades de contato e pela proximidade. Entrei com o projeto no Comitê de Ética da Prefeitura, obtendo Parecer Favorável em maio de 2004 (Anexo I). A própria Secretaria Municipal de Saúde indicou o serviço que considerava mais adequado⁵⁷, ao passo que concordei com a sugestão, por saber do compromisso deste local com a Reforma Psiquiátrica. O primeiro contato com o serviço foi realizado em maio de 2004, mas a realização da entrevista com os trabalhadores só foi possível em janeiro de 2005, principalmente pelo momento eleitoral vivido no município⁵⁸. Este também

57 Optamos por não nominar o serviço, para preservar a identidade de seus profissionais.

58 Porto Alegre foi governada pelo Partido dos Trabalhadores – PT, por 16 anos, perdendo a eleição de 2004 para uma coligação de diversos partidos. A Secretária Municipal de Saúde, Sandra

foi o motivo de não ter conseguido acessar outros serviços e trabalhadores. Sendo assim, optei por ampliar/complementar a pesquisa, disponibilizando-a para outros serviços de saúde mental no Brasil, utilizando como ferramenta de comunicação a internet.

Finalmente, acompanhei a reivindicação dos trabalhadores do Hospital Psiquiátrico São Pedro na Assembléia Legislativa, bem como as inúmeras ações do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul, portador do discurso médico-psiquiátrico e enunciador de uma verdade outra que se contrapõe aos princípios da Reforma. Estas ações incluem: um processo no Ministério Público Estadual para abertura de leitos psiquiátricos e a proposta de alteração da Lei da Reforma Psiquiátrica Estadual, culminando com a atual gestão de saúde mental do município de Porto Alegre.

3.1 ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR DE SAÚDE MENTAL

Começamos relembando que as políticas públicas direcionadas à saúde do trabalhador, elegeram como foco principal os trabalhadores vinculados às organizações privadas, deixando uma importante lacuna na atenção em saúde para os servidores públicos e mais ainda para os trabalhadores da saúde. Esta constatação não deve ser confundida com a defesa da criação de centros de atenção à saúde do trabalhador para o servidor público, pois na lógica da Saúde do Trabalhador, não seria adequado criar serviços especializados (um para o público outro para o privado). Entretanto, os serviços de atenção à saúde do trabalhador, além de insuficientes, estão direcionados para as questões dos trabalhadores regidos pela CLT, desconhecendo a maneira de intervir no setor público. Por sua vez, o funcionário público raramente procura os centros de atenção à saúde do trabalhador, preferindo o atendimento em saúde privado via convênio, que acaba por mascarar e individualizar os casos que têm relação com o trabalho. Sendo assim, ao servidor público resta justificar suas ausências ou afastamentos no trabalho ao

Fagundes, militante histórica do movimento da luta antimanicomial iniciou um processo sem precedentes de implementação da rede de saúde mental no município, que infelizmente não pôde ser concluído antes do término de seu mandato. Todos os serviços de saúde mental de Porto Alegre estiveram, portanto, no decorrer deste ano de 2004, profundamente envolvidos com estas mudanças e com a rapidez que ela exigia.

Departamento de Perícia Médica e Saúde do Trabalhador que, apesar de ter integrado recentemente a “saúde do trabalhador” ao seu nome, segue com a atividade principal de “perícia”, ou seja, *“com a principal função de ver se os funcionários estão aptos para o trabalho quando ingressam no serviço público, e também de homologar os atestados médicos e os exames de insalubridade”* (médico do trabalho, coordenador do Departamento).

O Departamento chegou a manter um Serviço de Atendimento à Saúde do Trabalhador Estadual, oferecendo tratamento psicoterápico, grupo terapêutico para portadores de LER/DORT, e acompanhamento terapêutico, mas este serviço foi fechado na atual gestão para “uma reavaliação”. Uma iniciativa isolada, encerrada antes que pudéssemos incluí-la nesta análise, foram os Centros de Saúde Mental para os trabalhadores de segurança pública, implantados pela Secretaria de Justiça e Segurança, entre 2001 e 2002, em oito⁵⁹ municípios do Estado (RIO GRANDE DO SUL, 2002).

Em entrevista, em agosto de 2004, o coordenador do Departamento de Perícia Médica e Saúde do Trabalhador, ressaltou que não vê relação entre o adoecimento e as atividades de trabalho. Quando um trabalhador adocece *“geralmente são problemas individuais que não foram detectados nos exames de ingresso, pois nem sempre a gente consegue ver tudo, sempre deixa passar alguma coisa”*. Frente à minha insistência na pergunta, o coordenador citou o caso de funcionários de uma agência de um banco do estado que sofreu muitos assaltos seguidos: *“nesta agência tivemos muitos casos de estresse, logicamente relacionados à sequência de assaltos, mas é um caso isolado.”* A coordenadora do serviço de saúde mental do Departamento lembra que os maiores índices de adoecimento estão entre os trabalhadores da segurança pública e da educação, mas segundo ela, isto se deve ao número de funcionários de cada Secretaria, pois *“a secretaria de educação é a maior do estado”*.

Para o coordenador, mais do que as atividades de trabalho, o que pode influir no adoecimento dos funcionários é a troca de governo: *“percebo claramente, conforme a mudança de governo, o aumento ou diminuição do adoecimento dos funcionários. Neste governo, por exemplo, a média de adoecimentos baixou*

59 Nos municípios de Porto Alegre, Novo Hamburgo, Pelotas, Caxias do Sul, Passo Fundo, Santa Maria, Santo Ângelo e Santana do Livramento.

bastante⁶⁰, visto que é um governo conciliador, que trata bem os funcionários, sem perseguições políticas, sem ‘caça às bruxas’.

Apesar da importância atribuída às trocas de governo, o coordenador ressaltou que todos no setor eram “apolíticos”, e estão ali por suas condições técnicas: *“eu, por exemplo, apesar da coordenação ser um cargo político, estou aqui por minha experiência de trinta anos como médico de trabalho, e não tenho tempo para me preocupar com questões políticas, pois nossa preocupação aqui é atender bem aos funcionários”.*

Em seguida, sugeri que eu conversasse com “as meninas da saúde mental”, já que o serviço de atendimento ao trabalhador que foi fechado era subordinado à equipe de saúde mental do Departamento. A equipe é formada por sete psicólogas, três psiquiatras e uma assistente social. Na entrevista realizada, estavam presentes apenas as psicólogas, que definiram que seu “*método de trabalho varia de acordo com a designação da direção. Atualmente a gente tem trabalhado mais com avaliação diagnóstica e homologação de licenças-saúde, não tanto com a promoção de saúde*”. Toda a equipe foi composta neste governo, com exceção de duas psicólogas, que afirmam: *“mesmo para quem já estava aqui, se configurou um novo trabalho, com outras diretrizes. Na outra gestão eram diretrizes diferentes das que são hoje... Tivemos que construir um outro pensamento, um novo jeito de trabalhar”.*

Ao contrário do coordenador do Departamento, a equipe de saúde mental considera que nos adoecimentos dos servidores públicos:

“Há poucos casos que não estão relacionados ao trabalho”.

“Na verdade sempre tem um fator do trabalho, principalmente porque o trabalho é vinculado à vida da gente, das pessoas. Eu não vejo isso como uma coisa separada, o que acontece às vezes é que as pessoas já ingressam com um adoecimento, porque isso vai agravar com algum tipo de trabalho, ou ele pode, se for um trabalho saudável, beneficiar algumas vezes, no caso de readaptação, por exemplo um policial que vai fazer um trabalho administrativo na secretaria de educação, porque o adoecimento dele tem a ver com as questões de trabalho. Então ele acaba podendo se beneficiar com isso, melhorar, se ele volta para o local adoecedor ele piora. Então tem essa ligação, na nossa área isso é bem visível”.

60 Frente a este dado, foi solicitado acesso aos números que atestavam a diminuição dos adoecimentos no atual governo, o que não foi possível, segundo o coordenador, *“porque estamos reformulando todo nosso sistema de informática”.*

Aponto esta contradição, esta diferença entre o entendimento da coordenação do Departamento e do setor de saúde mental, ao passo que uma delas argumenta:

“Esse pensamento de algumas áreas da psicologia, de que o trabalho é adoecedor e o local de trabalho pode ser um dos fatores de adoecimento, é uma coisa muito pouco discutida ainda. Acho que a nossa área tem esse entendimento, mas na área da saúde como um todo, eu não percebo isso. É muito mais individualizar os casos do que levar para o coletivo”.

As psicólogas começam a relatar que há uma clara divisão no setor, enfatizando mais uma vez que *“o trabalho depende da gestão. Desde que eu estou aqui, isso é muito forte, com as suas diferenças, prós e contras, mas temos uma perícia médica e uma saúde do trabalhador”*. Pelo que colocam, atualmente as diretrizes estão mais voltadas para as atividades de perícia:

“A pessoa vai trazer um atestado do médico assistente e a gente vai homologar ou não esse atestado. A gente avalia no sentido de ver se o atestado condiz com a situação que a pessoa está apresentando. É claro que quando tu tá atendendo alguém, mesmo que traga o atestado, tu vai estar avaliando aquela pessoa, mas o objetivo da avaliação, a finalidade, é homologar ou não a licença”.

Sendo assim, quando a equipe de saúde mental identifica um adoecimento, no caso psicológico, *“a gente sugere um tratamento”*. Mas este tratamento é sempre individual e em instituição privada, visto que o serviço que atendia aos servidores foi fechado, e não há menção ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador.

Este é um dos dilemas relatados pela equipe, pois entendem que os adoecimentos estão relacionados ao trabalho, mas só podem fazer encaminhamentos individuais. Pergunto se já houve alguma iniciativa diferente, e o que ouço é quase um desabafo:

“Nós temos um olhar, umas tentativas, já aconteceram alguns projetos...”

“O primeiro local que se começou a criar, em final de 2002, foi na FEPPS, Fundação de Pesquisa e Saúde, que se começou a trabalhar com uma comissão de saúde lá dentro, e a partir daquela comissão de saúde então, com alguns representantes, tipo uma CIPA, mais ligada às questões de segurança do trabalho, inclusive eles foram para Brasília na época, foi bastante interessante o trabalho que foi feito, foram para alguns estados apresentar o trabalho como pioneiros”.

“Não existe hoje um trabalho assim. Existiu já, trabalhos onde a gente pôde focalizar algumas coisas, tem esse trabalho que foi feito na FEPPS, porque a gente entendia que trabalhar os grupos no local de trabalho seria interessante, inclusive para entender o local de

trabalho, não pegar o sujeito adoentado. Poder fazer um trabalho de intervenção no local. Tem outros trabalhos que a gente tem vontade de fazer, mas que ainda não se conseguiu que o foco seja esse”.

“Talvez seja uma questão de enfoque, das diretrizes, do que se pensa em relação ao trabalho, de objetivos. A gente tem que se adaptar a uma nova visão de trabalho, então, às vezes é frustrante, tu tem que parar e pensar qual é o teu objetivo e tu vai fazendo outras coisas e os projetos vão ficando...”

A entrevista torna-se, então, mais reflexiva, voltando-se para as condições de trabalho de uma equipe que parece ter pouca margem de decisão sobre suas próprias atividades, dependendo de frágeis e variáveis diretrizes: *“até agora foram dois grupos de saúde mental, a equipe fica improvisada, é um lugar diferenciado, é um lugar novo”*. Uma das psicólogas, por exemplo, está fazendo uma pesquisa para sua especialização, analisando os índices de estresse dos profissionais da Perícia. *“Os resultados preliminares são assustadores, mais da metade dos trabalhadores daqui já tem índices compatíveis com a síndrome de burnout (...). No momento é apenas um levantamento de dados, mas com os resultados a gente vai tentar fazer alguma coisa”*. Somam-se a este resultado, a resistência para buscar ajuda em função do preconceito. É como se o trabalhador da saúde, especialmente da saúde mental, não pudesse adoecer, sob pena de ter sua condição de bom trabalhador questionada:

“O que eu imagino, uma hipótese, é de que realmente nós, profissionais da saúde, trabalhando com a saúde, a gente tem uma dificuldade de procurar auxílio, tem uma idéia que está muito próximo da doença. Então trabalhar com servidores adoecidos é muito difícil, cria uma resistência muito grande”.

“Com relação à essa relutância em buscar atendimento pessoal na área da saúde, eu posso falar disso porque eu já busquei atendimento. Até eu me dar conta de que eu estava precisando, tive uma grande resistência. Há um certo tabu em relação ao adoecimento e acho que parte da gente, tipo ‘como é que vai ser psicólogo, se adoecer?’, como se fosse um sinal de fraqueza o adoecimento, e na verdade não é! Pelo contrário! O médico adoecer também, ora! Agora vai tratar, né!”

Se a equipe responsável pelas questões ligadas à saúde mental dos servidores públicos sofre com a falta de acolhimento e as exigências de seu (en)cargo, também percebem o mesmo em relação aos demais trabalhadores de saúde do estado:

“Uma coisa que me chama mais a atenção é que o ingresso da saúde aqui nunca foi uma prioridade. Começou com a educação, com a SUSEPE, os delegados, várias áreas, mas a saúde não foi de

qualquer maneira prioridade, por exemplo, o São Pedro (Hospital Psiquiátrico)”.

“Isso é uma constatação que, quando tu faz o atendimento aqui, sempre as pessoas da saúde demoram mais para procurar atendimento, lutam mais contra o adoecimento. Nos locais de trabalho as pessoas não são encaminhadas para atendimento, nem para a perícia. Então, quem vem é mais para apagar incêndio, às vezes já está sem condição nenhuma laboral, são casos mais graves”.

Nestas falas percebemos, em primeiro lugar, a extrema vulnerabilidade das ações voltadas à atenção da saúde do servidor público que, definitivamente, não integram uma política pública, mas ficam à mercê dos diferentes governos, sendo que os enunciados da saúde do trabalhador têm uma frágil penetração em um campo ainda hegemônico da medicina do trabalho. O servidor público, como trabalhador, não tem merecido investimento, apenas controle, em consonância com um longo histórico de desvalorização do setor público.

Aqui avançamos em um segundo desafio desta dissertação, conhecendo as políticas e as ações de atenção à saúde do trabalhador de saúde mental. A seguir tentaremos contemplar as demais questões norteadoras deste trabalho, analisando como a Reforma Psiquiátrica brasileira incluiu/inclui a Saúde do Trabalhador em seus discursos e práticas, bem como acompanhando como o trabalhador pensa sua (auto)constituição como trabalhador de saúde mental.

3.2 TRABALHADOR DE SAÚDE MENTAL

CAIS Mental⁶¹ – Centro de Atenção Integral à Saúde Mental – é a designação porto-alegrense para os primeiros CAPS implantados na cidade. O CAIS Mental em que realizamos a pesquisa foi inaugurado em janeiro de 1996, sendo credenciado junto ao Ministério da Saúde como CAPS II, em 2002.

Como nos explica uma de suas fundadoras, este serviço foi resultado de um processo iniciado em 1990, com a abertura da Pensão Pública Protegida Nova Vida. A Pensão foi criada para abrigar portadores de sofrimento psíquico oriundos de uma

61 “Assim tomamos o nome CAIS, também como uma metáfora, ou seja um lugar tanto de acolhimento, ancoragem e arrimo, quanto de passagem, *porto* no sentido de proporcionar o ir e vir, 24).

instituição privada (Clínica Pinel) que descredenciou-se do antigo INAMPS, sendo o embrião dos futuros serviços em Porto Alegre:

“Nós todos aqui que começamos o serviço, trabalhávamos na Pensão Protegida. Eu, por exemplo, era TO e batia no quarto das pessoas para chamar para atividade. Chegou um momento que a gente viu que pra um atendimento, a pessoa tinha que sair da sua casa. Então a gente pensou em fazer um lugar de atendimento, um lugar pra clínica, foi por isso que nós nos dividimos, e montamos o CAIS” (Terapeuta Ocupacional).

Atualmente a rede especializada de atenção à saúde mental de Porto Alegre conta com seis CAPS⁶², dois Serviços Residenciais Terapêuticos⁶³, Casa de Transição e Oficina de Geração de Renda. À época da entrevista (janeiro de 2005), o CAIS que nos recebeu, passava por uma reforma em suas instalações físicas, a fim de adequar-se às exigências de um CAPS III, entre as quais o atendimento 24hs, com leitos de observação. Segundo seu Planejamento Estratégico (CARVALHO DA SILVA, 2004), o CAIS conta com uma equipe interdisciplinar, na direção da transdisciplinaridade, com as seguintes especialidades: terapia ocupacional, enfermagem, psicologia, serviço social, psiquiatria, educação física, nutrição, portaria, serviços gerais e secretaria, totalizando 27 profissionais. A ampla maioria são mulheres, sendo apenas quatro homens, três psiquiatras e um no apoio administrativo.

Sem contar o acolhimento, onde se estabelece o primeiro vínculo com o usuário, são três modalidades de atendimento: intensivo (Centro de Atenção Diária - CAD 1 - para usuários em situação de crise que passam o dia no serviço); semi-intensivo (CAD 2 – para usuários com autonomia que permita agendamento de atividades por turno); e não-intensivo (ambulatório especializado - para usuários com autonomia para realizar atividades fora do serviço, com acompanhamento eventual). Para se ter uma idéia da população atendida, em janeiro de 2005, foram 65 usuários em atendimento intensivo, 73 em atendimento semi-intensivo, e 99 em atendimento

favorecendo assim a ampliação dos horizontes sociais de cada usuário” (CARVALHO DA SILVA, 2004, p 124).

62 CAIS Mental Centro, CAIS Mental Cruzeiro, Casa Harmonia, CAPS Hospital de Clínicas, CAPS álcool e drogas Grupo Hospitalar Conceição, e CAPS infância e adolescência Hospital de Clínicas. Um outro CAPS para álcool e drogas foi inaugurado em dezembro de 2004, mas fechado em janeiro de 2005 pela nova gestão em saúde.

63 Serviço Residencial Terapêutico Gomes Jardim e Serviço Residencial Terapêutico Salvador França, resultado da adequação da antiga Pensão Protegida Nova Vida à nova legislação dos Serviços Residenciais Terapêuticos.

não intensivo, totalizando 407 usuários em atendimento. Algumas das estratégias de intervenção são:

- Plano Terapêutico Individual, considerando as necessidades dos usuários quanto ao atendimento clínico interdisciplinar (atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo); a reabilitação psicossocial (projeto Insere e Geração de Renda); e as diferentes modalidades de atendimento (oficinas terapêuticas e de expressão, atendimentos individuais e de grupo, e acompanhamento terapêutico).
- Atendimento social de rua, em parceria com a FASC – Fundação de Assistência Social e Cidadania, com acompanhamento de moradores de rua com sofrimento psíquico no local em que se encontram.
- Projeto Insere, com ações intersetoriais para a cultura, lazer, educação e trabalho.
- Centro de Ensino e Pesquisa, que é campo de estágio para a Residência em Saúde Mental Coletiva da Escola de Saúde Pública do Estado, bem como para terapia ocupacional (IPA), acompanhamento terapêutico (UFRGS) e psicologia clínica (UFRGS e UNISINOS). A partir deste ano, é campo de estágio e sede da primeira experiência no Brasil de uma Residência Interdisciplinar em Saúde Mental coordenada por serviço não hospitalar, em uma parceria do município de Porto Alegre com o Ministério da Saúde (CARVALHO DA SILVA, 2004).

As manhãs de terça-feira são reservadas para as reuniões de equipe, momento em que os profissionais me receberam para a entrevista, sendo que optei por seguir um roteiro com perguntas abertas (Anexo II).

O mesmo instrumento foi utilizado na pesquisa realizada pela internet, sendo enviado para várias listas de discussão do movimento da luta antimanicomial, bem como para serviços de saúde mental de todo Brasil que possuíam endereço eletrônico atualizado. Foi respondida por 18 pessoas, de vários estados - Acre, Alagoas, São Paulo e Rio Grande do Sul - e municípios - Caxias do Sul, Novo Hamburgo, Passo Fundo, Porto Alegre, Rio de Janeiro e Recife. A ampla maioria é do sexo feminino (15 pessoas – 80%), com idade entre 31 e 50 anos (15 pessoas – 80%), trabalhando na área de saúde mental entre quatro a vinte e cinco anos, com

curso de pós-graduação (12 pessoas – 70%), sobretudo na área de psicologia. As demais áreas de formação são: medicina, serviço social e psicopedagogia, sendo que três profissionais não exercem suas atividades no serviço público. Muitos trabalham em coordenação municipal ou estadual de saúde mental (7 pessoas – 40%), seguido da atenção especializada (5 pessoas), atenção básica (2) e Hospital Geral (1).

Minha opção foi por integrar as entrevistas, tanto as realizadas no CAPS Centro como as colhidas na internet, visto que são atravessadas pela mesma rede enunciativa. No entanto, é fácil localizar uma e outra, considerando as diferentes possibilidades colocadas pela escrita - mais cautelosa e talvez mais controlada, e pela fala - que permite maior interlocução e liberdade de expressão.

Para os entrevistados, **os serviços em que trabalham estão de acordo com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica**, ou melhor, *“em tese sim, na prática ainda temos muito que avançar”* (psiquiatra, CAPS). Todos entendem, também, que seu local de trabalho **raramente contempla ações específicas direcionadas à saúde do trabalhador**, e com exceção de duas pessoas, já adoeceram, ou conhecem alguém que adoeceu, trabalhando em serviços de saúde mental.

Em relação ao discurso da Reforma Psiquiátrica, as definições foram muito semelhantes, ressaltando-se o rompimento paradigmático com a forma de tratamento da loucura, a reversão do modelo hospitalocêntrico, a criação de novos serviços, a nova legislação, a humanização no atendimento e, principalmente, a cidadania e inclusão social dos portadores de sofrimento psíquico. Em algumas palavras, a Reforma Psiquiátrica é:

“Processo de reconstrução de saberes sobre a loucura e como cuidar dela” (psicóloga, coordenação estadual).

“Movimento contínuo, portanto inacabado dos processos clínicos, institucionais, políticos e sociais que apontam para o processo de desinstitucionalização da doença mental, tomando como norte os princípios da cidadania possível e ativa dos portadores de transtorno mental (psicóloga, CAPS e Hospital Geral).

“Desconstituição das instituições manicomiais, não apenas as estabelecidas como tais!” (psiquiatra, CAPS)

Quando perguntados sobre como e o quanto a Reforma Psiquiátrica influenciou em seu trabalho, ficou evidente o comprometimento político e afetivo de algumas pessoas com este projeto. Foram comuns palavras como *“me encantei”*, *“abraçei a*

causa”, *“me apaixonei”* ou ainda *“depois que bebi dessa cachaça, nunca mais consegui largar”* (psicóloga, coordenação municipal). Uma pessoa chegou a reconhecer que *“meu trabalho só existe porque a Reforma Psiquiátrica está acontecendo”* (psicóloga, CAPS). Outros, em tom mais formal, citaram os princípios, diretrizes e financiamento do Ministério da Saúde que dão sustentação às suas atividades. Para alguns a Reforma auxiliou na prática reflexiva de seu trabalho, com uma *“politização constante das práticas clínicas, no cotidiano dos serviços. A Reforma incutiu em mim, um olhar crítico dos processos de institucionalização das relações cotidianas que tecem o trabalho nos serviços”* (psicóloga, CAPS e Hospital Geral); *“fez com que eu alargasse os horizontes da clínica”* (psicóloga, supervisora CAPS), ou ainda *“me permitiu uma nova atuação no campo e uma postura mais crítica frente às demandas”* (psicóloga, coordenação estadual). Uma das entrevistadas, no entanto, apontou que a Reforma *“da maneira como chegou às unidades básicas de saúde, sobrecarregou a clínica médica e prejudicou os pacientes. As internações diminuíram, os pacientes foram referenciados às unidades básicas, os profissionais não foram capacitados como programado e as equipes de saúde mental ficaram desfalcadas por aposentadorias e exonerações”* (psiquiatra, Unidade Básica).

As atividades do trabalhador de saúde mental, em que pese as entrevistas, são amplas, variando de acordo com a posição ocupada na rede hierarquizada de atenção à saúde mental. Os coordenadores estaduais ou municipais, citaram como suas principais responsabilidades, a implantação/implementação de serviços de saúde mental, bem como assessoria, capacitação e supervisão dos serviços especializados de saúde mental. Por sua vez, os trabalhadores dos serviços especializados, ou CAPS, ressaltaram as seguintes atividades de trabalho: o acolhimento; triagem; grupos terapêuticos e de convivência; psicoterapia; oficina de geração de renda; atendimento psiquiátrico medicamentoso; acompanhamento terapêutico; visitas domiciliares; laudos; atendimento de familiares; desenvolvimento de projetos terapêuticos individuais para cada usuário; coordenação de núcleo de residências terapêuticas; supervisão de equipes de PACS/PSF e de estagiários de saúde mental; e ainda participação em atividades culturais, de lazer, e na formação de multiplicadores em ações preventivas em saúde mental. No Hospital Geral, os profissionais dividem-se entre o atendimento individual, a supervisão clínico-institucional, o ensino e a colaboração na organização das políticas institucionais de

saúde mental. Na Unidade Básica de Saúde, as atribuições das servidoras giram em torno das consultas individuais, do grupo em saúde mental e da discussão de casos com a psicologia e o serviço social. Cabe lembrar que nenhum dos entrevistados exerce suas atividades em hospital psiquiátrico.

Além da diversidade, é um trabalho que exige muito do trabalhador, não só pela *“angústia que é lidar com o discurso que não faz laço com o outro”* (psiquiatra, CAPS), com *“aquilo que contagia à distância”* (psiquiatra, CAPS), mas também porque a Reforma Psiquiátrica *“nos colocou nesse lugar do ‘tem que fazer, tem que inovar, tem que pensar diferente’, dá mais trabalho, dá mais cansaço.”* (terapeuta ocupacional, CAPS).

Trabalho com a psicose...

“Lidar com a psicose é uma coisa muito difícil, porque é muito instável. A coisa da cura não existe, então a gente consegue fazer que a coisa se estabilize por um tempo, se organize, mas isso não é mantido. Isso é lidar com os nossos limites, com a nossa castração. Com a impotência”. (psicóloga, CAPS)

“Mesmo com esses projetos, muitas vezes a gente se depara com uma certa frustração. Espera muito mais que isso. Com o tipo de paciente que a gente lida, as coisas não andam como a gente gostaria, não atingem o que a gente esperava”. (psicóloga, CAPS)

“Ao montar o Centro de Atenção Diária - CAD, para usuários que passavam por momentos de crise, os profissionais também tiveram que lidar com isso, como suportar isso, a crise, a doença muda. Em duas, três semanas, tu via outra pessoa ali, tu via uma pessoa conversando, uma pessoa melhorando, o sujeito aparecendo. Mas pra nós, nós saíamos acabados! Pra sair do trabalho e dizer assim: isso eu tô montando, isso eu acredito, mas como fazer que eu suporte voltar amanhã, que eu suporte continuar trabalhando?” (terapeuta ocupacional, CAPS)

“O CAD funciona como uma UTI psicológica. É um setor, como que uma internação de pacientes graves, agudos, e que há trabalhos que mostram que o estressor é muito maior do que em uma UTI, onde têm pacientes enfartados, que tão no oxigênio... O local de pacientes doentes mentais, de doentes agudos, é o local de maior estresse”. (psiquiatra, CAPS)

“Tem vezes que é realmente pesado lá no CAD. Tipo assim quando começamos a atender a pacientes da rua de uma forma mais intensa. Tem vezes que contamos e mais de 70% dos pacientes do CAD são moradores de rua. E estes dias são extremamente pesados. Tu sai daqui completamente esvaziado, porque tu precisa de um investimento, tu precisa de uma gana, porque é um horror... “ (psicóloga, CAPS)

... na perspectiva da Reforma Psiquiátrica e do SUS:

“A passagem a modelos operativos no SUS ainda é débil e as equipes se constituem de modo insuficiente diante de uma demanda aterradora. Isso é extremamente angustiante e não preserva a saúde do trabalhador”. (psiquiatra, CAPS)

“Há uma especificidade do dispositivo CAPS que exige que o trabalhador tenha que se imiscuir em outros campos para além de sua especificidade profissional, o que pode acarretar insatisfação, boicotes na equipe, etc.” (psicóloga, CAPS e Hospital Geral).

“Além disso, a orientação de aumentar a responsabilidade e autonomia do trabalhador pelo processo de trabalho (análise institucional / gestão de recursos humanos) e de tomada de responsabilidade do serviço pelo território (saúde pública) tem produzido bastante sobrecarga nos trabalhadores da saúde mental, cujas funções e encargos tem crescido, mas os recursos teóricos, financeiros e emocionais nem sempre acompanham o ritmo dos encargos”. (psicólogo, CAPS)

Foi consenso que a Reforma Psiquiátrica não considerou explicitamente a saúde do trabalhador, no entanto, *“a reforma ao propor uma relação mais horizontalizada entre os trabalhadores da saúde mental, estaria de alguma forma também se preocupando com os processos de trabalho, com a divisão de tarefas e responsabilidades”* (psicóloga, CAPS e Hospital Geral); *“quando refere-se ao cuidado, não significa cuidar apenas do usuário, mas também do cuidador”* (psicóloga, coordenação municipal). Ou ainda:

“Não diria que não existe essa preocupação, acho que até existe essa preocupação, mas não existe um pensar específico em relação a isso. Dentro de nenhum dos CAPS tem uma forma específica de se trabalhar. Como a experiência que está se implantando, a organização e a maneira de trabalhar de cada lugar fica a ser definida em cada lugar. Não existe um modelo único. Isso faz com que cada lugar vá construindo seu modo de funcionar, inclusive a equipe” (psiquiatra, CAPS).

Mesmo que consideremos essa saudável margem de liberdade para que cada local defina seus modos de trabalhar, é inegável que a falta de políticas públicas de atenção à saúde do servidor público, reflete-se nos serviços de saúde mental. **O acolhimento (ou não) das questões relacionadas à saúde no trabalho dependem, exclusivamente, do funcionamento e das diretrizes de cada serviço**, sendo um desafio recente para as equipes, pois *“agora é que estamos podendo pensar nos cuidadores/as de saúde mental. Creio que seja um processo. No início pensávamos apenas nos usuários/as”* (psicóloga, coordenação estadual). É ainda, segundo uma entrevistada, *“uma luta que temos que travar com os gestores, que ainda estão muito arraigados no velho modelo de produção”* (psicóloga, coordenação municipal).

Corroborando com esta realidade, foram identificadas poucas ações de cuidado com os cuidadores nos serviços de saúde mental pesquisados, entre elas: exercícios de saúde laboral; capacitações; reuniões de equipe; redução da jornada de trabalho; e a supervisão, *“embora as demandas no cotidiano sejam tantas que este espaço do trabalhador dentro da supervisão acabe estrangulado”* (psicóloga, CAPS e Hospital Geral). Na realidade da psicóloga do Hospital Geral, no entanto, pode-se contar com *“grupos de discussão sobre vivências produzidas pelo trabalho, coordenada pela equipe de saúde do trabalhador da instituição, bem como espaço de atendimento individual (psicológico e psiquiátrico)”*. Concluindo:

“Nem sempre se cuida dos trabalhadores, já que as cobranças são muitas – ainda que revestidas de ‘sugestões’ e ‘fórmulas ao trabalho’ – a medida em que o CAPS vai se tornando mais central na ordenação da rede. Acho que, para evitar ‘atender o indivíduo trabalhador’ não se fornece um suporte mais próximo nos momentos de sofrimento (fracassos em casos, perda de pacientes por suicídio, etc.) se ‘mobiliza o coletivo da equipe’ para tarefas mais possíveis, o que nem sempre é alentador, embora desgaste menos” (psicólogo, CAPS).

Esta observação, assim como inúmeras outras, deixa claro **o papel de destaque que cumprem a equipe e a supervisão** entre as iniciativas de cuidado com o trabalhador nos serviços de saúde mental:

“A reunião de equipe e a supervisão estão lá para isso, para fazer circular informações sobre o trabalho e o mal-estar coletivo com o andar dos atendimentos”. (psicólogo, CAPS)

“Pelo menos pra mim, o que fez que eu continue aqui, depois de nove anos, é a questão da equipe, que a gente tem espaço pra falar, espaço pra trocar (...). Uma coisa que eu acho legal nessa equipe é que várias pessoas fazem sua supervisão fora, vão lá, levam o caso, mas quando a equipe se sente muito embananada, quando um caso está difícil até pra nós mesmos falar, a gente chama alguém aqui. Vem uma pessoa de fora, que não conhece o paciente, não conhece a equipe, e a gente chama pra conversar. Essas questões nos levam a voltar no dia seguinte, nos levam a não adoecer tanto. Por que trabalhar com a crise, sustentar um serviço que cresceu muito... Se a gente não se cuidar, não tiver alguns critérios, algumas bases, a gente adoce!” (terapeuta ocupacional, CAPS)

“Por exemplo, no Congresso dos CAPS se discutiu a questão da supervisão. Então existe essa preocupação [com a saúde do trabalhador], inclusive surgiu a idéia de fazer uma escola para supervisores. Isto está como um ponto de pensamento. Isto é a implementação de uma política” (psiquiatra, CAPS).

Da mesma forma, a falta de integração da equipe e de espaços de escuta e reflexão, são identificados como fatores que contribuem para o adoecimento dos trabalhadores:

“Quando conseguimos a interdisciplinaridade teremos mais saúde entre os profissionais. Quando conseguimos nos reunir, discutir as situações que se apresentam, realizarmos planos de intervenção conjunta, num espaço de troca e compartilhamento, há maior resolutividade e menos desgaste da equipe” (psicóloga, CAPS).

“Muitas equipes trabalham sem integração, sem espaço de discussão em relação às situações que interferem no trabalho com os usuários, produzindo sofrimentos, sem espaço para escuta e resolução” (psicóloga, Hospital Geral).

Na carência desta equipe “ideal”, as *“ações são individuais, de dividir com alguns colegas as dificuldades e estresse do dia-a-dia, modestamente”* (psiquiatra, Unidade Básica), contando com *“algumas colegas da equipe para desabafar”* (psicóloga, CAPS), ou saindo *“para jantar, ir a algum lugar após as reuniões para descontrair”* (psicóloga, coordenação municipal).

No entanto, mesmo em equipes coesas e com um histórico de trabalho mais coletivo, as saídas individuais por vezes são incentivadas, de acordo com os diferentes regimes de verdades que subjetivam os trabalhadores. É o caso do CAPS de Porto Alegre, por exemplo, com forte influência do discurso psicanalítico, onde a análise pessoal aparece como fundamental para o exercício satisfatório das atividades:

“E pra gente atender bem aos pacientes, o tratamento pessoal é fundamental. Se a gente não puder analisar os próprios conflitos, nós vamos atuar com o paciente”. (psiquiatra)

“(...) a questão também da gente se analisar, cada um ter sua análise, ter sua terapia, tu anseia muito por um espaço fora pra falar”. (psicóloga)

“É preciso muito investimento, investimento financeiro inclusive. Porque a gente que trabalha com saúde mental, a gente investe muito fora daqui. A gente se sobrecarrega. Com esse investimento, aquilo que a gente falou: com supervisão, com análise... Isso também pesa no nosso trabalho”. (psicóloga)

“(...) porque trabalhar com saúde mental é um sintoma nosso. É o que a gente tenta fazer o dia inteiro”. (psiquiatra)

A equipe, muitas vezes, também não consegue dar conta de um ofício, ainda identificado como “solitário”:

“Ao mesmo tempo, tem essa coisa de grupo, de coletivo, de estar com as pessoas, que segura muito, mas ao mesmo tempo quando tem uma situação aguda, alguma coisa que tu tem que intervir, que

exige assim uma posição diferente, de resolver algum problema, tomar uma atitude, bate muito uma sensação de solidão, mesmo que tenham outras pessoas junto. E isso aparece bastante, quando as pessoas reclamam bastante, na equipe, dessa coisa de estar sozinho, de que eu pego tudo, de que eu faço tudo sozinho. É um trabalho que vai e volta, essa sensação de impotência, de solidão” (psicóloga, CAPS).

Outro fator apontado pelos entrevistados como fonte de estresse em seu trabalho, são as **limitações não apenas dos serviços de saúde mental mas, sobretudo, de outros equipamentos e ações de suporte social:**

“Parece que sempre falta... falta gente, falta horário...” (psicóloga, CAPS).

“Em geral, o cuidado foi e ainda é delegado ao trabalhador da saúde mental, revelando o descompromisso da sociedade e da família. Tal postura ao mesmo tempo em que concede um poder (exagerado e inadequado) ao trabalhador da saúde mental, iatrogenicamente o sobrecarrega, já que assume a postura de cuidador e salvador”. (psicóloga, serviço especializado no atendimento de mulheres e crianças vítimas de violência)

“A sociedade não está preparada para a inclusão do usuário com sofrimento psíquico, desta forma, os trabalhadores não têm com quem contar para parceria, no que se refere a encaminhamentos para fora dos serviços de saúde mental” (psicóloga, CAPS).

“O que é muito pesado em alguns casos do CAD, tipo da população de rua, é a falta ainda dos dispositivos sociais (...). A sociedade ainda não acolhe os portadores de sofrimento psíquico. Não há moradia, emprego, e nenhum dispositivo legal que ampare as empresas pra abrirem vagas de trabalho” (assistente social, CAPS).

“Já ouvi profissionais extremamente desgastados, dizerem: aqui no CAPS não basta atender, observar os sintomas e fazer uma boa prescrição médica, tem que fazer grupo, tem que ouvir o cara dizendo que não dorme de noite porque tem tiroteio na favela... Isto causa uma impotência”. (psicóloga, CAPS e Hospital Geral).

“Nosso serviço é de referência, mas uma referência específica, mas não de referência para tudo. A gente faz o acolhimento, escuta, e muitas vezes aquele paciente não é pra esse serviço, mas acaba ficando porque não tem outro local para atender. Isso na reforma realmente não andou, mas é um dos fatores de pacientes que ficam muito além do que precisavam”. (psicóloga, CAPS)

Frente a este quadro, **a possibilidade de criação e de autoria em um serviço que carece de recursos e que não tem regras prontas, para além de uma sobrecarga, diz também de uma saúde possível no trabalho:**

“Por isso que é importante essa coisa da equipe. Equipe e serviço avançando. Cada ano, cada tempo, a gente cria novos projetos, a gente tenta oxigenar, fazer coisas diferentes. É projeto fora, projeto dentro, projetos novos. Sempre reavaliando. A gente pensa pra fora, pra oxigenar o serviço, pra não ficar só no dentro. E tenta também compor o dentro. Isso do ir e vir, de inovar, de não ficar tanto tempo

fazendo as mesmas coisas, isso também nos dá essa saúde. Porque se ficasse sempre a mesma coisa todos os anos, igual, igual, chega uma hora que cansa. A gente precisa mudar de lugar, ficar inovando. A Reforma oportuniza que tu vá criando...” (terapeuta ocupacional, CAPS)

“É tipo assim, tem um horizonte, mas como tu vai até aquela linha do horizonte, tem que inventar, tem que criar. Esse barquinho é teu, teu e de quem está contigo” (psicóloga, CAPS).

Nestas falas, vislumbramos uma maneira de relacionar-se com o trabalho com a loucura que interroga os “absolutos”, ensaiando uma porosidade cada vez maior entre o dentro e o fora, entre os diferentes saberes, entre o que está ou não instituído. É uma **relação balizada por uma postura ética** (no sentido foucaultiano), que aponta para os discursos tanto da saúde do trabalhador, considerando o trabalho como prática reflexiva; como da saúde mental, considerando a perspectiva da desinstitucionalização. Marca, ainda, uma importante diferença em relação ao modelo de trabalho em hospitais psiquiátricos ou outras instituições totais, que é cada vez mais criticado pelos trabalhadores dos atuais serviços de saúde mental:

“O sinal de alerta pra nós é quando a gente se dá conta que está sendo manicomial. Este é o sinal vermelho para nós. Tem uma fronteira entre o cuidado necessário e até onde a gente vai nesse cuidado, que é necessário, e quando que a gente tem que deixar o paciente ir. Estimular que ele vá. Às vezes a gente cuida além do que aquele paciente precisa, e acaba entrando na tutela, na institucionalização”. (assistente social, CAPS)

“Se antes a reforma era uma escolha, hoje é uma regra, é lei... Mas são regras que não delimitam o funcionamento de uma equipe. Pra lidar com a saúde do trabalhador tu não depende dessas regras mas das regras que a equipe constrói para ela, como mecanismo de defesa diante do impacto diante disso que “contamina de longe” – que é a fala da psicose. A equipe vai montando suas estratégias. É isso que a gente tá falando: a gente funciona desse jeito, porque essa é a forma da gente lidar com aquilo que é o nosso dia-a-dia. Há outras forma de lidar, outras estratégias. Por exemplo, o hospital psiquiátrico lida de um outro jeito. Lida como instituição total, totalizando o outro. Tu utiliza o discurso positivo da ciência, e o paciente é objeto deste discurso. Então fica mais fácil de lidar no momento em que você faz um distanciamento”. (psiquiatra, CAPS)

”Se a gente pensar aqui no CAIS, as oficinas em termos de custo são oficinas baratas, que não são caras. Mas existe aquele investimento de quem está trabalhando na oficina, que é um investimento de desejo. Uma das questões da Reforma é isso: um trabalho puramente, meramente burocrático e formal funciona muito pouco. Como tu vai conseguir estabelecer o laço com o outro?” (psicóloga, CAPS)

Outra diferença importante em relação ao trabalho nos hospitais psiquiátricos, é uma maior circulação dos lugares nas relações de saber/poder. Em uma tentativa,

como diria Foucault (1999b), não de negar ou anular as relações de saber/poder, mas de posicionar-se nestas relações com o mínimo de dominação possível.

“A distribuição de funções dentro da equipe é mais variada, é menos restrita. Existe uma hierarquia, a gente não pode negar que exista uma hierarquia, existem diferentes saberes, mas a gente procura não ser muito estrito nas fronteiras entre uma especialidade e outra. O pessoal da enfermagem, é convidado a participar de outras atividades que não são estritamente de ordem da função do auxiliar de enfermagem. As gurias, por exemplo, (técnicas de enfermagem) fazem outras coisas: participam das oficinas, fazem AT, fazem outras coisas que não são atribuições específicas daquela pequena burocracia do que são as funções do técnico de enfermagem. Isso dá um outro lugar” (psiquiatra).

Mesmo com todas as exigências e limitações dos serviços sob a égide da Reforma Psiquiátrica, a possibilidade de “inventar” o próprio trabalho, contrapõe-se à *“falta de perspectiva diante de uma instituição cujo futuro se oferece como repetição do passado, roubando dos trabalhadores a possibilidade de sonhar”*, característica dos manicômios (LANZARIN, 2003, p.88).

“(...) eu não trocaria, eu gosto disso, para mim não poderia ser diferente. Porque eu já passei seis anos dentro de um hospital psiquiátrico e sei o que é estar dentro de um hospital e dentro de um serviço onde tu pensa diferente e está sempre buscando...” (terapeuta ocupacional, CAPS)

Recentemente os trabalhadores do Hospital Psiquiátrico São Pedro, organizados em uma Comissão de Mobilização composta, sobretudo por auxiliares de enfermagem, fizeram amplas reivindicações na Assembléia Legislativa do Estado. O processo culminou com a criação de um Grupo de Trabalho com representação dos trabalhadores e dos gestores do Hospital, Assembléia Legislativa, Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, Conselho Estadual de Saúde, Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, Sindicato Médico, Sindicato dos Servidores Públicos, e Fórum Gaúcho de Saúde Mental. O Relatório deste Grupo, datado de 30 de junho de 2004 estabelece, entre outros, os seguintes encaminhamentos:

“contratação emergencial de auxiliares de enfermagem”;
 “garantia que os funcionários tenham efetiva participação como sujeitos do processo de revitalização do HPSP e que ocorra a reativação e democratização do Conselho Gestor”;
 “formação e capacitação continuada de recursos humanos, em consonância com o Plano de Cargos, Carreiras e Salários; a Reforma Psiquiátrica; a carta instituinte São Pedro Cidadão; e o SUS”;

“iniciar processo que garanta, na prática, a recomendação da XII Conferência Nacional de Saúde: Cuidar dos Cuidadores. Nesse sentido, reativar a Unidade de Saúde Mental dos Servidores Públicos e o Centro de Referência da Saúde do Trabalhador” (ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO RIO GRANDE DO SUL, 2004).

Destes, apenas a contratação emergencial de mais funcionários concretizou-se até o momento, sendo que “o fardo pesado” continuará para esses trabalhadores, mesmo em maior número, visto que permanece a não disponibilidade para a reflexão sobre o trabalho.

Com este contra-ponto do trabalho no hospital psiquiátrico, queremos salientar o quanto **a disputa no campo da legitimidade da verdade em relação ao cuidado com a loucura, longe de um consenso, está cada vez mais acirrada**. O Rio Grande do Sul, embora seja nacionalmente lembrado como um exemplo de estado pioneiro e resolutivo nas ações e serviços identificados com a Reforma Psiquiátrica, paradoxalmente têm um dos cenários mais bélicos e virulentos na tensão entre o discurso médico-psiquiátrico e o discurso da Reforma, corporificados no Sindicato Médico do Rio Grande do Sul e no Fórum Gaúcho de Saúde Mental, respectivamente.

Em revista publicada em julho de 2004, o Sindicato Médico resume de forma clara e objetiva o que entende como uma “realidade crítica”, valendo à pena reproduzir na íntegra:

“Conhecida formalmente por Lei Estadual 9716, de 1992, a Lei da Reforma Psiquiátrica tem sido severamente criticada pelo sindicato. Em abril de 2001, a edição do Jornal já trazia matérias alertando para os problemas que sua implantação poderia trazer para os próprios pacientes(...). Também na revista da entidade, edição de junho de 2002, após visita a uma emergência psiquiátrica superlotada, o dr. Argollo [presidente do sindicato] enfatizava que o RS é o único Estado brasileiro que mantém a proibição de abrir novos hospitais psiquiátricos. “Somente aqui encontramos este atraso legislativo. Isto é um preconceito contra o doente mental. O paciente cardíaco conta com o Instituto de Cardiologia como referência para o atendimento. Agora, quem sofre com uma doença psiquiátrica não terá mais um hospital especializado, porque existe uma lei que persegue este paciente e o proíbe de dispor deste local”, explicava. Segundo ele, à época, psiquiatras já estavam identificando pacientes anteriormente acolhidos que se encontravam morando embaixo de pontes, largados nas ruas. O posicionamento da entidade foi divulgado à imprensa, levantou debate e gerou entrevistas nos veículos de comunicação, caindo em seguida no esquecimento. O SIMERS, no entanto, continua trabalhando na mudança da lei, tendo agora também como aliado o deputado Sanchotene Felice, que já assumiu compromisso com a luta” (ARAÚJO, 2004, p.21).

O referido projeto de lei (PL 200/2004) realmente foi apresentado à Assembléia Legislativa pelo Deputado Sanchotene Felice. Sua principal justificativa era “adaptar a norma estadual à federal”, “mais cautelosa”. Para isso fazia uma criativa diferenciação entre manicômio e hospital psiquiátrico:

“Art. 3º Fica vedada a construção e ampliação de manicômios, devendo os existentes transformarem-se em hospitais psiquiátricos.
 § 1º - Para efeito do disposto no “caput”, manicômios são aquelas instituições que mantêm internados indivíduos portadores de transtornos psíquicos, sem oferecer assistência médica especializada de equipe multi-disciplinar e infra-estrutura necessária ao atendimento adequado e à recuperação satisfatória. Hospitais psiquiátricos são aqueles estruturados de forma a oferecer amparo integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, psicológicos, ocupacionais, de assistência social, de lazer e demais recursos previstos na Lei Federal 10.216/01” (FELICE, 2004).

O projeto foi colocado em votação em regime de urgência, de uma semana para outra, no último dia de atividades dos Deputados, em dezembro de 2004. Esta rapidez, sem dúvida, era estratégica para desmobilizar os militantes da luta antimanicomial, que por pouco nem sequer tomam conhecimento da votação. Em três dias, no entanto, o Fórum Gaúcho de Saúde Mental articulou uma rede nacional contrária à aprovação do Projeto, elaborando documento que contou com a adesão de mais de 30 movimentos sociais brasileiros, entre outros importantes apoios. A carta intitulada “Não à aprovação do PL 200/2004” (Anexo III), dividia-se em oito principais argumentos, entre eles:

“a lei do RS foi a pioneira do Brasil (...), foi aprovada em 1992 por unanimidade (...) após ampla discussão com a sociedade gaúcha. Não é possível aprovar qualquer substitutivo sem debater com a sociedade novamente. É um golpe na democracia. Uma manobra no apagar das luzes do ano legislativo!”

“(...) o substitutivo diferencia manicômio, de asilo, de hospital psiquiátrico, absolutamente desnecessário para o objeto da lei. Apenas sob aparência “técnica” encobre interesses econômicos e contraria a ética da liberdade e do tratamento adequado. Pois estas instituições só estiveram a serviços da exclusão, nunca do tratamento efetivo”.

“Por que o deputado não faz um projeto de lei que garanta recursos financeiros para os serviços substitutivos?”

“ Precisamos de serviços 24 horas, que garantam internação sempre que necessária, mas não de hospitais psiquiátricos!”

Encurralado, sem acordo de líderes e sem apoio nem mesmo da base governista ou de seu partido, o Deputado decidiu retirar da pauta o projeto, que ao

final do ano legislativo, foi arquivado⁶⁴. Ponto para o Fórum Gaúcho de Saúde Mental!

Outra ação, desta vez exitosa, também liderada pelo Sindicato Médico, foi a ação cível para a reabertura de trinta leitos para tratamento de álcool e drogas, no Hospital Psiquiátrico São Pedro. Em 2002, a gestão da saúde no estado, seguindo a legislação nacional (Portaria MS 817/02) - a qual determina que a internação em decorrência do abuso de álcool e outras drogas deve se dar em Hospital Geral e não em Hospital Psiquiátrico - transferiu estes leitos do São Pedro para um Hospital Geral – o Hospital Vila Nova. Ou seja: não houve fechamento de leitos psiquiátricos, mas uma transferência dos mesmos para um local mais adequado. Ao mandar reabrir os leitos no hospital psiquiátrico, sem fechar àqueles do hospital geral, a juíza criou trinta novos leitos psiquiátricos, o que seria vedado pela Lei Estadual. O Estado recorreu da decisão, mas é obrigado a cumprir a medida até novo julgamento. Ponto para o Sindicato Médico!

A mesma revista do Sindicato Médico que arrola todas estas conquistas, apresenta também os novos integrantes de sua Diretoria Executiva, entre eles o Sr. Pedro Gus (CASTRO, 2004, p.53), atual Secretário Municipal de Saúde de Porto Alegre. Lembremos que na gestão passada, como mencionado, a Secretária de Saúde era a Sra. Sandra Fagundes, integrante do Fórum Gaúcho de Saúde Mental.

Esta mudança, já no primeiro mês, trouxe problemas à rede municipal de saúde mental, que teve um CAPS álcool e drogas fechado, bem como a não renovação dos contratos dos redutores de danos, inviabilizando o Programa de Redução de Danos – PRD - em Porto Alegre. Estes fatos geraram denúncia à Comissão de Saúde da ONU – Organização das Nações Unidas, como parte das atividades do Fórum Gaúcho de Saúde Mental no V Fórum Social Mundial, em janeiro de 2005.

Sendo assim, esta tensão política, que une saber-poder no jogo público e de governo, fragiliza também os trabalhadores, sobretudo aqueles identificados com as propostas da Reforma Psiquiátrica. Vejamos o que nos diz esta psicóloga, que acompanhou uma troca de governo:

64 Em fevereiro de 2005, no entanto, outro Deputado “abraça” o projeto do Sindicato Médico. O Deputado Adilson Troca (PSDB) apresenta o PL 40/05, uma cópia do PL anterior. Em março de 2005, o PL encontrava-se na Comissão de Constituição e Justiça da Assembléia Legislativa, com importante apoio da mídia local.

“Sim, já adoeci. Durante mais de um ano tivemos uma chefia muito complicada. Ela não entendia nada de serviço público, não tinha noção do que seria um CAPS. Não respeitava o saber de quem já estava aqui, quanto menos de alguém que ousasse entender mais que ela. Como ela não sabia NADA, ficava muito complicado” (psicóloga, coordenação estadual).

Na seqüência de sua fala, a psicóloga explica que a nova coordenação foi escolhida *“porque era psiquiatra”*, só que *“ser psiquiatra não basta, tem que saber de política de saúde, tem que conhecer o SUS”*. Infelizmente sabemos que os portadores do discurso médico, insistem em confundir saúde e medicina, defendendo desde carga horária e salários diferenciados para os médicos, até que a gestão em saúde, incluindo chefias e coordenação de serviços só possam ficar a cargo de médicos, sendo os demais profissionais “não médicos”, apenas auxiliares⁶⁵. É um princípio contrário às diretrizes do SUS que como já dito, não é uma mera reforma administrativa do sistema de saúde, mas uma mudança radical no entendimento do que é a saúde, bem como um deslocamento da atenção médica para a atenção integral à saúde, sem privilégio de nenhuma profissão sobre as outras.

É neste campo de disputas, que os trabalhadores do CAPS Centro identificam que *“as pessoas que não conseguiram ficar, são pessoas que têm dificuldade em relação a esse tipo de funcionamento”*, e *“isso não é restrito aos técnicos de enfermagem, muitos profissionais de nível superior também não conseguiram ficar”*. No entanto, *“também tem aquela pessoa que vem trabalhar aqui como auxiliar de secretariado, e vira monitor de oficina. Então tem tanto aquele que não suporta essa forma de trabalhar, ou tem outros interesses na vida, ou pessoas que a partir daqui começaram a ter interesse”* (psiquiatra, CAPS).

Neste sentido, uma nutricionista (CAPS) dá o seu relato de como “tornou-se” uma trabalhadora de saúde mental:

“(…) jamais trabalhei na área psiquiátrica, sempre na área clínica. E quando entrei na saúde, caí na saúde mental. Quando cheguei lá [na Pensão Protegida], foi uma loucura ver aquilo tudo, porque eu queria abraçar todo mundo e chorar junto. Aí a gente faz esse trabalho em

65 Na gestão de saúde mental da qual participei, por exemplo, recebemos várias cartas de instituições e profissionais médicos dizendo não reconhecer-se naquela coordenação, visto que a coordenadora de saúde mental era uma assistente social, assim como houve críticas em relação à Secretária de Saúde – Maria Luiza Jagger – que era socióloga. A competência e conhecimento em relação às políticas públicas de saúde, para além da formação acadêmica, ao que parece, neste paradigma, não funciona como critério.

equipe, vendo a história daquelas pessoas, e tal, foi passando, eu até falei com a coordenação, eu vou tentar, né, vamos ver se eu suporto isso. Foi indo, e eu fui gostando e fui convivendo, e fui vendo que tudo isso não passava de um conceito dentro de mim, do que eu achava que era saúde mental (...). A gente acaba percebendo que isso está muito mais próximo da gente do que a gente imagina, tá de todo lado, que na verdade isso faz parte de todos nós seres humanos. Essa questão de estar bem, ou não estar bem, é tão relativo, né? Claro que eu tive muitas dificuldades pra conviver também com a equipe, e com as situações aqui onde a gente tem que ser rápido e acaba sendo muito objetivo nas falas. Fui tentando aprender, né, e me entender. E aqui acabou sendo um espaço de aprendizado, então na verdade o que pra mim parecia que ia ser um sofrimento, acabou sendo um acréscimo”.

Assim como, uma técnica de enfermagem (CAPS), diz do seu esforço em adequar-se às novas exigências do cargo:

“Eu vim de um abrigo, abrigo de adolescentes, que era totalmente diferente. Não sabia o jeito de trabalhar. Então quando eu chegava no CAD, via aqueles pacientes todos parados, eu pensava ‘o que estão fazendo aí parados?’ E falava: “Vão pra oficina, vão pra oficina...” Mesmo eles não querendo, eles tinham que ir, porque eu tocava todo mundo. Depois eu fui trabalhando muito isso com a equipe, e tenho que ir trabalhando ainda, porque ver os pacientes parados, me dá uma coisa assim”.

Ao que parece, **não encaixar-se neste modo de trabalhar, é abrir espaço para o adoecimento**. No CAPS Centro, por exemplo, onde desde o primeiro contato, afirmou-se a inexistência de problemas em relação ao afastamento ou adoecimento no trabalho, visto que *“as pessoas só ficam se quiserem”*, foi enfatizado que *“atualmente tem duas pessoas em licença, e duas pessoas que são da enfermagem, e tenho a impressão que são as duas pessoas que têm mais dificuldade de lidar com isso, com o jeito que a nossa equipe trabalha”* (psicóloga).

Aqui retorna uma de minhas curiosidades iniciais: a reforma psiquiátrica, entendida como processo de desinstitucionalização, só é possível com trabalhadores-militantes? Como a Reforma Psiquiátrica, enquanto um regime de verdades, acolhe aqueles trabalhadores formados prioritariamente fora deste campo e que não têm a disponibilidade de implicação que a reforma exige? **Qual é a flexibilidade das equipes de saúde mental para a formação daqueles que não fazem parte da cepa militante?** Ao que parece, a tensão política, reforça a radicalidade das posições neste campo, fazendo com que a necessidade constante de lutar e defender um outro modo de relacionar-se com a loucura, termine por

obscurecer a crítica e a reflexão relativas às possibilidades de formação e inclusão de profissionais não militantes nas equipes de saúde mental.

Na internet, foram citados vários casos de adoecimento no trabalho, relacionados a problemas individuais ou diretamente ligados ao trabalho, especialmente às exigências decorrentes da implantação da Reforma Psiquiátrica. No entanto, mesmo com esta reflexão, foi mais comum a referência “aos colegas”, e não a si mesmo:

“Ainda não adoeci mas conheço colegas que tiveram sérios problemas emocionais, parte por que já possuíam casos na família, e também pelos embates que foram obrigados a travar para manter o campo de atuação próximo aos princípios da Reforma Psiquiátrica” (psicóloga, coordenação estadual).

“Percebo sofrimento e angústia no discurso de colegas e há dias em que a pressão dos ‘encaixes’, ‘pacientes sem atendimento’, ‘acabou o remédio’, ‘o que eu faço com esse paciente?’ gera sofrimento físico em todos” (psiquiatra, CAPS).

“Vi o adoecimento de colegas sobrecarregados pela demanda, principalmente os comprometidos com o serviço e seus pacientes; pela falta de tempo para planejamento, e necessidade de ‘apagar fogo’: atender mais pacientes, com resolutividade aquém do desejado” (psiquiatra, Unidade Básica).

“Conheço uma colega, mas com décadas de trabalho no campo, que veio a adoecer mesmo, inclusive de pensar em se matar por não se sentir compreendida em seu engajamento: trabalhava muito, mas cobrava muito dos outros, até que começou um certo gelo na equipe e ela começou a não sentir retorno do seu esforço, que às vezes se tornava um tanto autoritário e controlador” (psicólogo, CAPS).

“Não sei se por vergonha, ou pela rotatividade de profissionais que dificulta vínculos e confiança, não se divide com os colegas coisas cruciais para manejar atendimentos em equipe, deixando na mão de poucos a responsabilidade por muitos e fazendo de uma maioria ‘mortos-vivos’ na equipe” (psicólogo, CAPS).

Nestas falas, **o trabalhador-militante** aparece novamente. Desta vez **como aquele que, por seu envolvimento afetivo, acaba sobrecarregando-se e adoecendo mais**. Talvez a questão seja a possibilidade de reconhecer que todo trabalho inclui riscos e que a militância, enquanto forma de implicação e de expressão do que se acredita é, sem dúvida, um importante apoio para a saúde no trabalho, tal como apontado, de forma mais contundente, pela equipe do CAPS Centro. **No entanto, se esta mesma militância nega a reflexão mais livre a respeito dos limites do trabalho em saúde mental, porque a Reforma Psiquiátrica TEM que dar certo, transforma-se em fonte de sofrimento**. A reflexão desaparece, cegada pelo discurso da verdade única, impedindo a ação para transformar o trabalho a partir do reconhecimento dos problemas que ele apresenta.

Ensaando esta prática reflexiva, necessária para o trabalho, não apenas na saúde mental, alguns trabalhadores falam de si:

“De minha parte, sinto-me esgotada, pois as demandas são muitas, e o trabalho em equipe, tão propalado pela reforma não funciona. Alguns trabalham mais ou se responsabilizam mais que outros, sobrecarregando-se e adoecendo: úlceras, stress, dor na coluna, são queixas comuns” (psicóloga, CAPS e Hospital Geral).

“Quando iniciei a trabalhar passei por fases de extrema ansiedade e depressão, tinha dificuldade de permitir-me coisas boas, ficava culpada de usufruir de coisas que essas mulheres e crianças que eu atendia não podiam, O trabalho extenuante também era uma forma de mau-trato comigo, negligenciando o cuidado de minhas relações afetivas e familiares, delegando a mim todas as intervenções necessárias por não poder “abandonar” aquelas crianças e mulheres, acumulando papéis” (psicóloga, serviço especializado no atendimento de mulheres e crianças vítimas de violência).

“Com freqüência tenho cefaléia nos horários de trabalho em saúde pública” (psiquiatra, CAPS).

“Tenho tendinite pelo excesso de atendimento, escrevendo até 10hs/dia. Sofro deste mal e conheço colegas que tem LER” (psiquiatra, CAPS e coordenação municipal).

“Tenho crises hipertensivas freqüentemente enquanto estou trabalhando devido à sobrecarga de trabalho” (psicóloga, CAPS).

“Se sentimento de impotência diante da demanda, estresse, tensão e breves dores de coluna são consideradas doença – sim, já adoeci. E já vi colegas com adoecimentos mais severos” (psicóloga, CAPS).

“Eu já estive bastante irritadiço com colegas de trabalho, sentindo-me isolado em algumas ações – principalmente com usuários sem suporte familiar e econômico – e bastante sobrecarregado e frustrado. Acredito que não cheguei a produzir sintomas mais cristalizados e persistentes por conta dos estudos (recursos teóricos) e conversas com amigos do campo da saúde mental (repartindo lamentos, mas fornecendo suporte emocional)” (psicólogo, CAPS).

Quando convocados a pensar em **ações que deveriam ser priorizadas nos serviços de saúde mental em relação à saúde do trabalhador**, as sugestões foram muito semelhantes entre si, e até mesmo em consonância com as propostas da última Conferência Nacional de Saúde Mental, como veremos a seguir, conforme a ordem em que mais apareceram:

1. Regulamentação das equipes, adequação da demanda, melhores salários e condições de trabalho:

“Regulamentação das equipes de trabalho, condições de trabalho adequadas, programas de educação continuada, fóruns de debate e espaços para a reflexão e elaboração das ansiedades suscitadas pelo trabalho (psicóloga, serviço especializado no atendimento de mulheres e crianças vítimas de violência).

“Condições saudáveis de trabalho, o excesso a que nos submetemos é por conta da necessidade de trabalhar mais para manter o padrão de vida, pois os salários são baixos” (psiquiatra, coordenação municipal e CAPS).

“Melhoria nos salários para que o sujeito possa trabalhar num dispositivo de alta complexidade e dedicar-se sem ter que sair correndo para o próximo trabalho para conseguir pagar as contas. Inclusão e análise dos processos de trabalho da equipe” (psicóloga, CAPS e Hospital Geral).

“Na realidade atual do SUS, adequação entre os tamanhos das equipes e a demanda, isso seria básico” (psiquiatra, CAPS).

“(…) valorização do trabalhador, estímulo para capacitações e aprimoramentos e, muito importante: tempo para planejar ações de trabalho” (psiquiatra, Unidade Básica).

2. Assessoria, supervisão e capacitação:

“Capacitações continuadas, espaços de escuta e reflexão” (psicóloga, coordenação estadual).

“Espaço para discussão das situações do trabalho que produzem sofrimento nos trabalhadores, se possível acompanhamento de profissionais com experiência em trabalho com grupos/equipes” (psicóloga, Hospital Geral).

“Mais apoio do serviço de assessoria e planejamento no que se refere a capacitações; trabalhar a rede de saúde básica para atender os usuários de saúde mental” (psicóloga, CAPS).

3. Atividades lúdicas e de lazer:

“Reunir-se, tirar tempo para alguma atividade, seja de relaxamento, dinâmica de grupo, ou atividade lúdica que proporcione alívio do estresse e promova maior harmonia e afeto entre os membros da equipe. Também acho importante a equipe se reunir fora do trabalho (para jantar, conversar)” (psicóloga, coordenação municipal).

“Promover encontros de lazer, dinâmica de grupos, exercícios de alongamento e tai-chi-chuan no local de trabalho” (psicóloga, coordenação estadual).

“Para o trabalhador em saúde geral: um espaço para aliviar as tensões, com grupo de convivência (relaxamento, espaço para falar sobre o trabalho e suas dificuldades)” (psiquiatra, Unidade Básica).

4. Terapia Grupal ou individual:

“Tempo reduzido de trabalho, salário adequado, espaços de escuta, assessoria qualificada, propostas de criação de trabalhos para si, que envolvam arte, esporte, lazer e possibilidade de realizar terapia pessoal” (pedagoga, assessoria escolar).

“(…) oferta de espaço individual ou grupal para tratamento pessoal daqueles que desejarem; educação permanente para os trabalhadores” (psicóloga, Hospital Geral).

5. Participação dos trabalhadores na gestão dos serviços:

“Transparência da gestão, por exemplo, ajudaria os trabalhadores e se enxergarem como participantes no processo, e não como objetos de uma ação ‘de cima’” (psicólogo, CAPS)

6. Participação em coletivos e movimentos sociais:

“Penso que as ações mais eficazes estão na linha da coletivização das questões, vinculando-se a movimentos e conselhos, por ex. Tais coletivos auxiliam na medida em que são espaço de discussão, troca de informações, diminuindo o isolamento e a impotência” (psicóloga,

serviço especializado no atendimento de mulheres e crianças vítimas de violência).

No Caderno de Textos publicado pelo Ministério da Saúde por ocasião da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (que estão em consonância com as entrevistas relatadas), Vasconcelos (2001) discute a importância do controle social para a efetivação da reorientação do modelo assistencial em saúde mental no Brasil, salientando que é fundamental *“a participação efetiva dos trabalhadores na garantia de boas condições de trabalho e na gestão democrática, pluralista e interdisciplinar dos serviços e programas de saúde mental, de forma integrada com os usuários e familiares”*. O artigo segue apontando que a montagem de serviços efetivamente não manicomial é extremamente sensível ao processo de trabalho, que quando consegue contemplar uma gestão democrática, com condições adequadas de trabalho e salário, garante um real compromisso dos trabalhadores com a clientela e os serviços. Só assim é possível *“reinventar a formação teórico-metodológica e as identidades profissionais convencionais, requisitos necessários para a recriação de novas modalidades de cuidado em saúde mental”*.

Para tanto são necessários dispositivos de formação e gestão participativa nos serviços, que incluam reuniões interdisciplinares e regulares de equipes, grupos abertos de estudo e trabalho, assembléias, centros de estudos, seminários, e cursos de educação continuada. O autor enfatiza, particularmente, as supervisões como espaços privilegiados de elaboração das dificuldades e conflitos, desde que não restritas apenas aos temas administrativos e clínicos, como geralmente acontece nos serviços de saúde mental. As supervisões devem ser estruturadas de forma a incluir também a discussão das relações de poder, das dificuldades de trabalho em equipe, das inseguranças que todos os profissionais têm quando lidam com desafios que escapam à competência adquirida na formação universitária ou técnica convencional, das crises de identidade profissional, das dificuldades subjetivas da relação com a clientela, dos sintomas de estresse e síndrome de esgotamento (“burn out”), etc.

O acento na supervisão e na participação dos trabalhadores na gestão dos serviços, vai ao encontro tanto do discurso da Saúde do Trabalhador, como do campo que estuda a relação entre subjetividade e trabalho, entendendo que a saúde no trabalho está relacionada à possibilidade de criar outros modos de viver e

trabalhar. Sendo assim, percebemos que **o trabalhador de saúde mental tem maior espaço para inventar seu trabalho e, conseqüentemente, ter mais saúde no trabalho, quanto mais presentes estão a reflexão sobre o trabalho (de cada um e da equipe) e as condições (materiais/estruturais/de organização do trabalho) enunciadas pelo discurso da Reforma Psiquiátrica.** Ao contrário, quando a Reforma Psiquiátrica se apresenta apenas como discurso, ou como uma imposição e não como construção cotidiana, apresenta-se um terreno fértil para o sofrimento e adoecimento no trabalho.

O trabalhador de saúde mental, identificado com o discurso da Reforma Psiquiátrica, constitui-se nesta tensão entre o habitar um lugar rico para criação e invenção, o confronto com a dureza do setor público submetido a uma visão estereotipada e de desvalorização, e ainda com a falta de investimentos e ações intersetoriais que impõem limites para a prática. **É neste jogo que o trabalhador da saúde mental se constrói** e é no confronto com o sofrimento, seja valendo-se dele para criar, seja lutando para não adoecer, que se dá o cotidiano do trabalho.

E é inútil procurar encurtar caminho e
querer começar já sabendo
que a voz diz pouco.
Pois existe a trajetória
E a trajetória
não é apenas um modo de ir.
A trajetória somos nós mesmos.
Em matéria de se viver
nunca se pode chegar antes...

Clarice Lispector

4 LOUCAS TRAJETÓRIAS

Ao longo deste texto, tentamos entender os efeitos da implantação da Reforma Psiquiátrica na saúde e nos processos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental.

A Reforma Psiquiátrica, enquanto movimento social organizado, evidencia a importância de refletir sobre os modos e processos de subjetivação, quando argumenta que não deve ser reduzida à mera desospitalização (passagem do hospital psiquiátrico para a cidade), definindo que sua luta é pela desinstitucionalização, ou seja, por outras formas de se relacionar com a loucura.

A Saúde do Trabalhador, por sua vez, têm como um dos seus principais pilares, o saber do trabalhador sobre seu próprio trabalho e a afirmação do trabalhador como sujeito ativo do processo saúde-doença (NARDI, 1999).

Tanto o campo da Saúde do Trabalhador, como o campo da Reforma Psiquiátrica, portanto, indicam a necessidade de uma prática reflexiva, com o protagonismo dos trabalhadores e a construção de espaços para problematização do trabalho, da saúde e das relações de poder/saber presentes no cotidiano dos serviços de atenção.

Sendo assim, nosso primeiro passo foi analisar as relações de forças que perpassam os acontecimentos históricos, determinando os diferentes jogos de verdade que sustentam as políticas públicas no Brasil, onde a Saúde do Trabalhador constitui-se como contraponto ao discurso hegemônico da Medicina do Trabalho, assim como a Saúde Mental é a problematização do discurso hegemônico da Psiquiatria.

Nosso foco esteve nos cruzamentos, atravessamentos e distanciamentos destes dois movimentos que surgem no bojo das discussões em prol de um Sistema Único de Saúde, organizado segundo os princípios da descentralização, atendimento integral e controle social, em um entendimento de que a saúde é resultante de políticas sociais e econômicas, direito do cidadão e dever do Estado.

Analisando os principais documentos que sustentam as políticas de Saúde Mental e de Saúde do Trabalhador, quais sejam os relatórios das Conferências Nacionais, percebemos que a saúde mental, enquanto tema, é apresentada em ambas Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador, embora com ênfases distintas e direcionada à discussão do trabalho na iniciativa privada. Já a saúde do trabalhador, enquanto objeto nas Conferências Nacionais de Saúde Mental, foi paulatinamente adquirindo importância, passando de uma reivindicação pela inclusão do tema da saúde mental do trabalhador na legislação e nas empresas, até uma preocupação específica com a saúde mental do trabalhador da saúde e com o servidor público. No entanto, a Reforma Psiquiátrica, pelo menos no início, não teve como prioridade a necessidade de uma reflexão sobre o trabalho, ao contrário da Saúde do Trabalhador, que apresenta como um dos seus principais pilares justamente o saber do trabalhador.

Nosso segundo objetivo foi conhecer as políticas e ações de atenção à saúde do trabalhador de saúde mental. Vimos que a Saúde do Trabalhador, enquanto rede enunciativa e política pública, teve o setor privado e a relação capital/trabalho como prioridade, desconhecendo a maneira de intervir no setor público. Nas entrevistas realizadas no Departamento de Perícia Médica e de Saúde do Trabalhador do Estado (RS) percebemos, em primeiro lugar, a extrema vulnerabilidade das ações voltadas à atenção da saúde do servidor público que, definitivamente, não integram uma política pública, mas ficam à mercê dos diferentes governos, sendo que os enunciados da saúde do trabalhador têm uma frágil penetração em um campo ainda hegemônico da medicina do trabalho. O servidor público, como trabalhador, não tem merecido investimento, apenas controle, em consonância com um longo histórico de desvalorização do setor público. É inegável que esta falta de políticas públicas de atenção à saúde do servidor público, reflete-se nos serviços de saúde mental, onde o acolhimento (ou não) das questões relacionadas à saúde no trabalho dependem, exclusivamente, do funcionamento e das diretrizes de cada serviço.

Entre as questões apontadas pelos trabalhadores de serviços de saúde mental em relação às iniciativas de cuidado com o trabalhador, cumprem papel de destaque a equipe e a supervisão. A falta de integração da equipe e de espaços de escuta e reflexão, são identificados como fatores que contribuem para o adoecimento dos trabalhadores. Outro fator apontado pelos entrevistados como

fonte de estresse em seu trabalho, são as limitações não apenas dos serviços de saúde mental mas, sobretudo, de outros equipamentos e ações de suporte social.

Mesmo com todas as exigências e limitações dos serviços sob a égide da Reforma Psiquiátrica, a possibilidade de “inventar” o próprio trabalho, contrapõe-se à falta de perspectivas característica do trabalho nos hospitais psiquiátricos. Sendo assim, a possibilidade de criação e de autoria em um serviço que carece de recursos e que não tem regras prontas, para além de uma sobrecarga, diz também de uma saúde possível no trabalho.

Por ser campo de constantes tensionamentos na disputa pela legitimidade da verdade em relação ao cuidado com a loucura, o trabalho nos serviços de saúde mental pesquisados está bastante identificado com a militância na luta antimanicomial. Por vezes, o “trabalhador-militante” aparece como aquele que, por seu envolvimento afetivo, acaba sobrecarregando-se e adoecendo mais. Talvez a questão seja a possibilidade de reconhecer que todo trabalho inclui riscos e que a militância, enquanto forma de implicação e de expressão do que se acredita é, sem dúvida, um importante apoio para a saúde no trabalho. No entanto, se esta mesma militância nega a reflexão mais livre a respeito dos limites do trabalho em saúde mental, porque a Reforma Psiquiátrica TEM que dar certo, transforma-se em fonte de sofrimento. A reflexão desaparece, cegada pelo discurso da verdade única, impedindo a ação para transformar o trabalho a partir do reconhecimento dos problemas que ele apresenta. Da mesma forma, esta necessidade permanente de lutar e defender um outro modo de relacionar-se com a loucura, termina por dificultar a possibilidade de acolhimento e formação de profissionais não militantes nas equipes de saúde mental.

Quando convocados a pensar em ações que deveriam ser priorizadas nos serviços de saúde mental em relação à saúde do trabalhador, as sugestões foram muito semelhantes entre si, e até mesmo em consonância com as propostas da última Conferência Nacional de Saúde Mental, sendo destacadas a regulamentação das equipes, adequação da demanda, melhores salários e condições de trabalho; assessoria, supervisão e capacitação; atividades lúdicas e de lazer; terapia grupal ou individual; participação dos trabalhadores na gestão dos serviços; e participação em coletivos e movimentos sociais.

O acento na supervisão e na participação dos trabalhadores na gestão dos serviços, vai ao encontro tanto do discurso da Saúde do Trabalhador, como do campo que estuda a relação entre subjetividade e trabalho, entendendo que a saúde no trabalho está relacionada à possibilidade de criar outros modos de viver e trabalhar. Sendo assim, percebemos que o trabalhador de saúde mental tem maior espaço para inventar seu trabalho e, conseqüentemente, ter mais saúde no trabalho, quanto mais presentes estão a reflexão sobre o trabalho (de cada um e da equipe) e as condições (materiais/estruturais/de organização do trabalho) enunciadas pelo discurso da Reforma Psiquiátrica. Ao contrário, quando a Reforma Psiquiátrica se apresenta apenas como discurso, ou como uma imposição, e não como construção cotidiana, apresenta-se um terreno fértil para o sofrimento e adoecimento no trabalho.

Por fim, buscamos estabelecer a relação entre a rede enunciativa presente nos textos de sustentação das políticas de Saúde Mental e de Saúde do Trabalhador, e como esta rede atravessa e constitui o sujeito trabalhador dos serviços de saúde mental (subjetivação).

Acompanhando a genealogia do trabalho em saúde mental, identificamos três diferentes formas de subjetivação daqueles que se ocuparam com o cuidado com a loucura, diretamente relacionadas com o regime de verdades de cada época. Assim, o discurso religioso, predominante à época do Brasil Colonial e Imperial, forjou um modo de subjetivação no qual o cuidador não tinha como preocupação curar o louco, mas garantir sua própria salvação espiritual, já que o cuidado estava relacionado à caridade – uma forma de expiar pecados e assegurar a salvação eterna. A partir do século XIX, é o discurso médico que detém a verdade sobre a loucura, inaugurando o trabalho especializado no cuidado com o que passou a ser denominado “doença mental”, com destaque para as figuras do médico psiquiatra – responsável desde a construção e administração do hospital psiquiátrico, até a definição e cura da doença mental - e o enfermeiro psiquiátrico - colocado em último lugar na escala hierárquica, que exercia prioritariamente a função de vigilante. Finalmente, outro discurso, identificado como Reforma Psiquiátrica, começou a disputar com o discurso médico, a legitimidade nos jogos de verdade a respeito da loucura, do louco e seu cuidado, propondo um deslocamento do saber médico-psiquiátrico para a interdisciplinaridade, da noção de doença para a de saúde, dos muros dos hospitais

psiquiátricos para a circulação pela cidade, ou seja, uma passagem do discurso médico para o discurso da cidadania.

Entendemos que o trabalhador de saúde mental, hoje, constrói-se em meio à disputa dos discursos que refletem o embate interno ao campo designado como Saúde Mental. É um espaço tenso por estar habitado por diferentes formações discursivas, desde a crença de que cuidar é uma forma de caridade (discurso religioso), passando pela afirmação de que é a ciência que pode falar do tratamento da loucura (discurso científico), até o entendimento de que não basta apenas conhecimento técnico-científico, mas também implicação política e afetiva com a construção de um outro modo de se relacionar com a loucura (Reforma Psiquiátrica).

O trabalhador dos serviços de saúde mental propostos pela Reforma Psiquiátrica constitui-se, ainda, na tensão entre o habitar um lugar rico para criação e invenção, e o confronto com a desvalorização de seu papel de servidor público, com a falta de investimentos e de ações intersetoriais, que impõem limites para a prática e sobrecarregam o trabalhador. É neste jogo que temos a subjetivação do trabalhador de saúde mental, considerando que é no confronto com o sofrimento - seja valendo-se dele para criar, seja lutando para não adoecer - que se dá o cotidiano do seu trabalho.

Eu, como trabalhadora e pesquisadora deste campo, penso que compreender que o sujeito constitui-se mediante práticas historicamente construídas, e o quanto todo saber é político, pode nos auxiliar no questionamento sobre a ética que rege as relações de trabalho em saúde mental. A ética, tal como entendida por Foucault (1999b, 2001) é a relação que se estabelece consigo mesmo, e que determina a maneira pela qual o indivíduo constitui a si mesmo como sujeito moral de suas próprias ações. Uma prática reflexiva da liberdade, onde o sujeito exerce sobre si mesmo uma transformação, a fim de atingir modos mais belos de ser (e trabalhar) – uma estética da existência, que inclui, necessariamente, nossa relação com a loucura...

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. Reforma Psiquiátrica. *Textos da Mostra Inaugural “Memória da Loucura”* Rio de Janeiro: Centro Cultural de Saúde, 2001. Disponível em: <www.cdsm.ufes.br>. Acesso em outubro 2002.

ARAÚJO, I. Atendimento e destino de pacientes psiquiátricos preocupam o SIMERS. *SIMERS em revista*, v.5, n.19, p.20-21, 2004.

ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO RIO GRANDE DO SUL. Comissão de Saúde e Meio Ambiente. *Relatório Grupo de Trabalho: Hospital Psiquiátrico São Pedro*. Porto Alegre, 2004.

BANDEIRA, M; PITTA, AMF; MERCIER, C. Validação das escalas de avaliação da satisfação (SATIS-BR) e da sobrecarga (IMPACTO-BR) da equipe técnica em serviços de saúde mental. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*; v.4, n. 49, p. 105-115, 2000.

BASAGLIA, F; GALLIO, G. Vocação terapêutica e luta de classes. In: DELGADO, J. *A loucura na sala de jantar*. São Paulo: Resenha, 1991. p. 27-51.

BERNARDES, AG. *Subjetivação de trabalhadores da saúde mental: “a humanização dos pacientes será a nossa humanização”*. 2002. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e da Personalidade) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

BIRMAN, J. A physis da saúde coletiva. In: *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: UERJ/Dumará. v.1, n.1, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. *Relatório Final*. Brasília: MS, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. II Conferência Nacional de Saúde Mental. *Relatório Final*. Brasília: MS, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. *Relatório Final*. Brasília: MS, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília: MS, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Saúde do Trabalhador*. Brasília: MS, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Legislação em Saúde Mental 1990-2002*. Brasília: MS, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Morbidade Hospitalar*. DATASUS. Disponível em <www.saude.gov.br>. Acesso em outubro 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Governo implementa rede nacional para saúde no trabalho*. Disponível em www.saude.gov.br. Acesso em janeiro de 2004.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. *Histórico da Previdência Social*. Disponível em <<http://www.mpas.gov.br>>. Acesso em novembro de 2003.

BUTLER, J. *The psychic life of power: theories in subjection*. California: Stanford University Press, 1997.

CAMPOS, G.W.S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições*. São Paulo: Hucitec, 2000.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

CARVALHO DA SILVA, M.C. História da loucura e reforma psiquiátrica: um percurso. In: NASCIMENTO, C.AT. et alli (orgs). *Psicologia e políticas públicas: experiências em saúde pública*. Porto Alegre: CRP/07, 2004. pp. 109-125.

_____. *Planejamento Estratégico 2004*. Documento apresentado à Secretaria Municipal de Saúde. Porto Alegre, 2004.

CASTEL. R. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CASTRO, D. Conheça os integrantes da diretoria 2004/2007. *SIMERS em revista*, v.5, n.19, p.52-58, 2004.

CERQUEIRA, L. *Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1984.

CODO, W. *Educação: carinho e trabalho – burnout e síndrome da desistência do educador, que pode levar à falência da educação*. Brasília: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação/Universidade de Brasília: Laboratório de Psicologia do Trabalho, 1999.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. *O Brasil que pratica (ou) a Reforma Psiquiátrica*. Disponível em <http://crpsp.org.br/a_acerv/jornal_crp/114/set_114>. Acesso em julho 2003.

DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudos de psicopatologia do trabalhador*. São Paulo: Cortez, 1988.

_____. *Conferências brasileiras: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho*. São Paulo: Fundap, 1999.

DESVIAT, M. *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

DIAS, E.C. Aspectos atuais da saúde do trabalhador no Brasil. In: ROCHA, L.E.; RIGOTTO, R.M.; BUSCHINELLI, J.T.P. (orgs.). *Isto é trabalho de gente?: vida, doença e trabalho no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1993.

_____. *A atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil: realidade, fantasia ou utopia?* 1994. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva).

Departamento de Medicina Social, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.

DIAS, M.T.G. *Do Hospício para a inclusão social*. Projeto de Pesquisa. São Leopoldo: Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais e Aplicadas da UNISINOS, 2002.

DUARTE, M.D.B. *A dor nas costas e o processo de viver de trabalhadores da enfermagem na visão holístico ecológica*. 2001. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001. Disponível em <<http://teses.eps.ufsc.br/defesa/pdf/4340.pdf>>. Acesso em janeiro de 2004.

ERIBON, D. *Michel Foucault: 1926-1984*. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

FELICE, S. *Projeto de Lei 200/2004: introduz alterações na Lei 9716, de 07 de agosto de 1992, que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul*. Disponível em <www.al.rs.gov.br/proposicoes/2004/projelei/pl_n200-04.htm>. Acesso em agosto de 2004.

FENSTERSEIFER, G.P. *Assistência em saúde mental X estresse no trabalho dos profissionais*. 1999. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e da Personalidade). Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1999.

FERRO, R.; MALVÁREZ, S. Cidadão Pussin: reflexões sobre um silêncio na história das "idéias psiquiátricas". *Revista de Saúde Mental Coletiva*. Bagé, ano1, n.1, p. 18-31, 1993.

FOUCAULT, M. *Vérité, Pouvoir et Soi*. In: Dits et Écrits. Paris: Gallimard; 1994.

_____. O sujeito e o poder In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995a p. 231-249.

_____. Michel Foucault entrevistado por Hubert L. Dreyfus e Paul Rabinow In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995b. p. 253-278.

_____. *As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas*. 7ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1995c.

_____. *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1999a

_____. La ética del cuidado de sí como práctica de la libertad. In: *Estética, ética e hermenêutica*. Obras esenciales, v.III. Barcelona: Paidós, 1999b. p. 393-415.

_____. La hermenêutica del sujeto. In: *Estética, ética e hermenêutica*. Obras esenciales, v.III. Barcelona: Paidós, 1999c. p. 275-288.

_____. Verdade e poder. In: MACHADO, R. (org) *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1999d. p. 01-14.

_____. A casa dos loucos. In: MACHADO, R. (org) *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1999e. p. 113-128.

_____. Poder-corpo. In: MACHADO, R. (org) *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1999f. p.145-152.

_____. Genealogia e poder. In: MACHADO, R. (org) *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1999g. p. 167-177.

_____. O nascimento do hospital. In: MACHADO, R. (org) *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1999h. p. 99-111.

_____. Nietzsche, a genealogia e a história. In: MACHADO, R. (org) *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1999i. p. 15-38.

_____. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

_____. Sexualidade e solidão. In: MOTTA, MB (org). *Ética, Sexualidade, Política*. Ditos e Escritos V. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004a. pp. 92-103.

_____. O uso dos prazeres e as técnicas de si. In: MOTTA, MB (org). *Ética, Sexualidade, Política*. Ditos e Escritos V. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004b. pp. 192-217.

_____. O retorno da moral. In: MOTTA, MB (org). *Ética, Sexualidade, Política*. Ditos e Escritos V. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004c. pp. 252-263.

_____. Foucault. In: MOTTA, MB (org). *Ética, Sexualidade, Política*. Ditos e Escritos V. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004d. pp. 234-239.

FRAGA, APV. *Repercussões subjetivas do atendimento a psicóticos em profissionais de saúde mental*. 1997. Dissertação (Mestrado). Instituto de Universidade de Brasília, Brasília, 1997.

GOFFMAN, E. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1990.

JACQUES, M.G.C. Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental & trabalho. *Psicologia e Sociedade*, jan./jun. 2003, vol.15, no.1, p.97-116.

LANZARIN, C.C. *Carcereiros ou encarcerados: um estudo sobre o trabalho dos auxiliares de enfermagem no Hospital Psiquiátrico São Pedro*. 2003. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2003

LARA, S. *A síndrome de "Burnout" em profissionais da área de saúde mental*. 1999. Monografia (Especialização em Saúde do Trabalho). Pós-Graduação em Saúde do Trabalho, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1999.

LIVINGSTON, M.; LIVINGSTON, H. Emotion distress in nurses at work. *British Journal of Medical Psychology*, 57:291-294, 1984.

LOURAU, R. *Análise Institucional e práticas de pesquisa*. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

LUZ, M. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" – anos 80. In: *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: UERJ/Dumará. v.1, n.1., 1991.

MACHADO, R. *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MENDES, A.M.B. Os novos paradigmas da organização do trabalho: implicação na saúde mental. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. São Paulo, v. 23, n. 85-86, p. 55-60, 1997.

- MORAES, F.A. *Abrindo a porta da casa dos loucos ou: para ativar a potência dos fluxos*. 2000. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2000.
- NARDI, H. C. *Saúde, trabalho e discurso médico*. São Leopoldo: Ed. Unisinos, 1999.
- _____. *Trabalho e Ética: os processos de subjetivação de duas gerações de trabalhadores metalúrgicos e do setor informal (1970-1999)*. Tese (Doutorado em Sociologia). Programa de Pós Graduação em Sociologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório sobre saúde mental no mundo: 2001 – saúde mental: nova concepção, nova esperança*. 2001.
- ORTEGA, F. *Amizade e estética da existência em Foucault*. Rio de Janeiro: Graal; 1999.
- OSORIO DA SILVA, C. *Curar Adoecendo - um estudo em busca da saúde da inventividade e da vida*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1994.
- MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S.M.F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cad. Saúde Pública*. v.13, s. 2, p. 21-32, 1997.
- PALOMBINI, A. A ética nas micropolíticas de atenção à loucura. In: Conselho Federal de Psicologia (org). *Loucura, ética e política: escritos militantes*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, pp. 159-163.
- PAULON, S. *Desinstitucionalização da loucura, práticas de cuidado e a reforma psiquiátrica no RS*. Projeto de Pesquisa. São Leopoldo: UNISINOS, 2002.
- PELBART, P.P. Manicômio mental – a outra face da clausura. In: LANCETTI, A (dir). *Saúde Loucura*. São Paulo: Hucitec, v.2, p. 131-138, 1991.
- PESSOTTI, I. *O século dos manicômios*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1996.
- PITTA, A. *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec, 1991.
- RAMMINGER, I.M.S. *SUS: processo social em construção*. Texto disponibilizado em cursos da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, 2003.
- RAMMINGER, T. A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico. In: *Boletim da Saúde*. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública, v. 16, n. 1, p. 111-124, 2002.
- REGO, D.P. *Stress ocupacional do psicólogo em instituições de atendimento ao portador de psicose*. 2000. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
- RIBEIRO, C.J.S. *Plano grupal transdisciplinar: cartografando uma equipe de saúde mental*. 2002. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Justiça e da Segurança. *Sujeitos e Instituições: modos de cuidar e tratar. Programa de Saúde Mental para os Trabalhadores da Segurança Pública – uma visão cartográfica*. Porto Alegre: UFRGS, 2002.

ROCHA, E.C. Os centros de atenção psicossocial e a reforma psiquiátrica. In: BRASIL, Ministério da Saúde. *Manual para profissionais de saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 12-15.

ROCHA, L.E. Os primórdios da industrialização e a reação dos trabalhadores: Pré 30. In: ROCHA, L.E.; RIGOTTO, R.M.; BUSCHINELLI, J.T.P. (orgs.). *Isto é trabalho de gente?: vida, doença e trabalho no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1993. p.83-96.

_____. A intervenção do Estado nas relações de trabalho: 1930-1945. In: ROCHA, L.E.; RIGOTTO, R.M.; BUSCHINELLI, J.T.P. (orgs.). *Isto é trabalho de gente?: vida, doença e trabalho no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1993. p. 97-108.

_____. Tudo por um Brasil grande: 1945-1964. In: ROCHA, L.E.; RIGOTTO, R.M.; BUSCHINELLI, J.T.P. (orgs.). *Isto é trabalho de gente?: vida, doença e trabalho no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1993. p. 109-21.

_____. O milagre econômico e o ressurgimento do movimento social: 1964-1980. In: ROCHA, L.E.; RIGOTTO, R.M.; BUSCHINELLI, J.T.P. (orgs.). *Isto é trabalho de gente?: vida, doença e trabalho no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1993. p. 122-37.

ROSA, L.C.S. E afinal, quem cuida dos cuidadores? In BRASIL, Ministério da Saúde. *Caderno de Textos da III Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p.168-173

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: COSTA, N.R.; TUNDIS, S.A. (org). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1990. p. 15-74.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: NICÁCIO, F. (org) *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 89-99.

SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: IFB/Te Corá, 1999.

SELIGMANN-SILVA, E. Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho: marcos de um percurso. In: DEJOURS, C. et al. *Psicodinâmica do trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994. p. 13-19.

_____. Psicopatologia e Saúde Mental no Trabalho. In: MENDES, R. (org) *Patologia do Trabalho*. 2ª ed. atual. e amp. São Paulo: Atheneu, 2003.

SILVA, M.A *Concepção ergonômica dos locais e dos espaços de trabalho de uma unidade de emergência hospitalar*. 1999. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999. Disponível em <<http://teses.eps.ufsc.br/defesa/pdf/4340.pdf>>. Acesso em janeiro de 2004.

TAYLOR, F.W. *Princípios de Administração Científica*. São Paulo: Atlas, 1987.

TITTONI, J. Saúde mental. In: CATTANI, A.D. (org) *Trabalho e Tecnologia: Dicionário Crítico*. Petrópolis: Vozes, 1997. p. 215-219.

_____. *Saúde Mental, Trabalho e outras reflexões sobre a Economia Solidária*. Texto disponibilizado na disciplina "Trabalho, Ética e Estética", ministrada no Mestrado de Psicologia Social e Institucional da UFRGS, 2003.

VASCONCELOS, E.M. O controle social na reorientação do modelo assistencial em saúde mental no Brasil. In BRASIL, Ministério da Saúde. *Caderno de Textos da III Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p.42-53

WADI, Y.M. *Palácio para guardar doidos: uma história das lutas pelas construções do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 2002.

WEBER, M. *A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo*. 11ª ed. São Paulo: Pioneira, 1996 [1904-05].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1985) *Expert Committee on Identification and Control of Work Related Diseases*, Geneva, 1983.

ZAGO, J.A. Sobre a saúde mental do trabalhador em saúde mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*. v.1, n.8, p. 25-28, 1988.

5.1 – Legislação

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1988.

BRASIL. Decreto nº 24.559, de 03 de julho de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa dos psicopatas e a fiscalização dos serviços psiquiátricos. Diário Oficial da União.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União.

BRASIL. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências inter-governamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. Portaria 189/91, de 19 de novembro de 1991. Diário Oficial da União.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. Portaria 224/92, de 29 de janeiro de 1992. Diário Oficial da União.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. Portaria 251/02, de 31 de janeiro de 2002. Diário Oficial da União.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. Portaria 336/02, de 19 de fevereiro de 2002. Diário Oficial da União.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. Portaria 816/02, de 30 de abril de 2002. Diário Oficial da União.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. Portaria 817/02, de 30 de abril de 2002. Diário Oficial da União.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria 1679/02, de 19 de setembro de 2002. Diário Oficial da União.

RIO GRANDE DO SUL. Lei da Reforma Psiquiátrica nº 9716, de 07 de agosto de 1992. Diário Oficial do Estado.

6 ANEXOS

ANEXO I
Parecer do Comitê de Ética da Prefeitura



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa na Saúde
Av. João Pessoa, 325 - 2º andar - Fone.: 3289-2771

PROJETO DE PESQUISA: "A REFORMA PSIQUIÁTRICA E SEUS TRABALHADORES: ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO, SAÚDE DO TRABALHADOR E MODOS DE SUBJETIVAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL"

AUTORA: TATIANA RAMMINGER

ORIENTADOR: Prof. Dr. HENRIQUE CAETANO NARDI

PROCESSO: 001.015613.04.6

PARECER:

Do ponto de vista ético, projeto apto a ser desenvolvido para a finalidade de obtenção do título de mestre em Psicologia Social.

Porto Alegre, 12 de maio de 2004.


Mitiko Shoji Araújo

Especialista e Mestre em Enfermagem Psiquiátrica pela
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
CPF.235540539-53 - COREN /RS 11129
p/ COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Anexo II

Roteiro das Entrevistas

- 1) Idade:
- 2) Sexo:
- 3) Formação () Ensino Fundamental () Nível técnico () Superior () Pós Graduação
- 4) Profissão:
- 5) Tempo em que trabalha na área de saúde mental: _____ anos
- 6) Cite os locais mais importantes em que já trabalhou durante sua vida profissional: _____
- 7) Local de trabalho atual (tipo de serviço):
- 8) Descreva as atividades que você realiza em seu trabalho:
- 9) Para você o que é Reforma Psiquiátrica?
- 10) Você acha que a Reforma Psiquiátrica influenciou em seu trabalho? De que maneira?
- 11) Você conhece os princípios da Reforma Psiquiátrica e do SUS?
- 12) Você acredita que seu local de trabalho está de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica?
- 13) Você acha que o discurso da Reforma Psiquiátrica abrange a questão da saúde do trabalhador da saúde mental? De que maneira?
- 14) Você já adoeceu ou conhece alguém que tenha adoecido em função do trabalho em saúde mental? Comente o caso.
- 15) Que ações você identifica em seu local de trabalho que visam o “cuidado dos cuidadores”?
- 16) O que você considera importante para promover a saúde dos trabalhadores da saúde mental?

Anexo III
Manifesto do Fórum Gaúcho de Saúde Mental

NÃO A APROVAÇÃO DO PL200/2004 do Deputado Sanchotene Felice que propõe o REDIRECIONAMENTO DA REFORMA PSQUIÁTRICA NO RS!!!

1.. Porque a lei do RS foi a pioneira do Brasil, serviu de modelo para outros estados como Paraná e Pernambuco, foi aprovada em 1992 por unanimidade, com o texto acordado entre PT -Marcos Rolim – e PDT - Beto Grill – após ampla discussão com a sociedade gaúcha.

NÃO É POSSÍVEL APROVAR QUALQUER SUBSTITUTIVO SEM DEBATER COM A SOCIEDADE NOVAMENTE. É UM GOLPE NA DEMOCRACIA. UMA MANOBRA NO APAGAR DAS LUZES DO ANO LEGISLATIVO! ISSO NÃO É DIGNO DESSA CASA!

2. O texto do substitutivo é semelhante ao apresentado na Câmara de Deputados e derrotado na ocasião da votação do projeto de lei nacional de autoria do dep. Paulo Delgado. A Lei Nacional foi aprovada depois de tramitar 12 anos na Câmara! E não inclui hospital psiquiátrico na rede de atenção!

3. O mérito da lei é propor a substituição dos hospitais psiquiátricos por uma rede de serviços, portanto **NÃO FAZ SENTIDO INCLUIR TAIS INSTITUIÇÕES NA REDE QUE AS SUBSTITUIRÁ!**

O deputado que encontrar sentido nisso está como Simão Bacamarte no conto de Machado de Assis, o Alienista, no qual, encontra solução fechando os muros da cidade, pois todos estão loucos!

4. O substitutivo diferencia manicômio, de asilo, de hospital psiquiátrico, absolutamente desnecessário para o objeto da lei. Apenas sob aparência “técnica” encobre interesses econômicos e contraria a ética da liberdade e do tratamento adequado. Pois estas instituições só estiveram a serviços da exclusão, nunca do tratamento efetivo.

5. A nossa lei propõe avaliação após 5 anos de sua promulgação. Os adversários utilizam esse argumento para modificar seu texto, fazendo uma avaliação a priori e tendenciosa!

6. O RS retrocederá nas conquistas representadas pela lei de 92!

7. Por que o deputado não faz um projeto de lei que garanta recursos financeiros para os serviços substitutivos? Ele sabe que na cidade de Uruguaiana, da qual é prefeito eleito, tem um serviço municipal exemplar para o estado e país?!

8. Precisamos de serviços 24 horas, que garantam internação sempre que necessária, mas não de hospitais psiquiátricos!

Assinam esta Carta, junto com o Fórum Gaúcho de Saúde Mental:

1. Conselho Federal de Psicologia

2. Conselho Regional de Psicologia (RS)
3. Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial
4. WAPR - World Association for Psychosocial Rehabilitation (BA)
5. Themis – Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero (RS)
6. CAMPI – Centro de Assessoria Multiprofissional (RS)
7. Coletivo Feminino Plural (RS)
8. Associação Chico Inácio (AM)
9. Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental de João Monlevade (MG)
10. Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Minas Gerais (MG)
11. Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental do Estado de Goiás (GO)
12. Associação Verde Esperança (MG)
13. Associação Loucos por Você (MG)
14. Fórum Cearense de Saúde Mental (CE)
15. Fórum Goiano de Saúde Mental (GO)
16. Fórum Mineiro de Saúde Mental (MG)
17. Instituto Daniel Ximenes (CE)
18. Movimento dos Usuários pela Superação do Manicômio (BA)
19. Movimento Pró-Saúde Mental do Distrito Federal (DF)
20. Núcleo Antimanicomial do Pará (PA)
21. Núcleo da Luta Antimanicomial da Paraíba (PB)
22. Núcleo Estadual de Saúde Mental (AL)
23. Núcleo Estadual do Movimento da Luta Antimanicomial (RN)
24. Núcleo Estadual pela Superação do Manicômio (BA)
25. Núcleo Por Uma Sociedade Sem Manicômios (SP)
26. Associação Cuca Legal da Prata (MG)
27. Associação Psicóticos Anônimos de Belo Horizonte (MG)
28. Projeto Pólos Reprodutor de Cidadania da Faculdade de Direito da UFMG
29. Suricato Associação de Trabalho e Produção Solidária
30. Coordenação Municipal de Saúde Mental de Campinas/SP
31. Clínica de Psicologia da PUC-Campinas/SP
32. Núcleo da Luta Antimanicomial Libertando Identidade do Recife
33. Coordenação Municipal de Saúde Mental de Aracaju
34. Coordenação Municipal de Saúde Mental do Rio de Janeiro
35. Ricardo Vieira Coutinho, autor da Lei de Reforma Psiquiátrica da Paraíba e prefeito eleito de João Pessoa

Anexo IV
Termo de Consentimento Informado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE

O (A) Senhor (a) _____, Idade _____, Sexo _____, local de trabalho _____; função _____, foi detalhadamente informado(a) sobre a pesquisa intitulada “Reforma Psiquiátrica e seus trabalhadores: organização do trabalho, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental”.

O (A) Senhor (a) foi plenamente esclarecido(a) de que ao responder as questões que compõem esta pesquisa estará participando de um estudo de cunho acadêmico, que tem como objetivo analisar quais os efeitos da implantação da Reforma Psiquiátrica nos processos de subjetivação dos trabalhadores da saúde mental, bem como na organização do trabalho nos serviços de saúde mental.

Mesmo aceitando a participação nesta pesquisa, está garantido que o(a) sr(a). poderá desistir a qualquer momento, bastando para isso, informar sua decisão de desistência, da maneira mais conveniente. Foi esclarecido(a), ainda, que por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, o(a) sr(a) não terá direito à remuneração. A participação na pesquisa não incorrerá em riscos ou prejuízos de qualquer natureza.

Os dados referentes ao sr(a) serão sigilosos e privados, sendo que o(a) sr(a) poderá solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação da mesma. A coleta de dados para a pesquisa será desenvolvida através da observação e realização de grupos de discussão, garantindo-se privacidade e a confidência das informações e será realizada pela mestranda Tatiana Ramminger, sob orientação do Prof. Dr. Henrique Caetano Nardi.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2004.

De Acordo.

Participante do estudo