

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

Ana Lua Sarmiento Rauber

**FRAGMENTOS DA MEMÓRIA E O CUIDADO DE QUEM CUIDA NO CENÁRIO DA
LOUCURA**

**Porto Alegre
2015**

Ana Lua Sarmiento Rauber

**FRAGMENTOS DA MEMÓRIA E O CUIDADO DE QUEM CUIDA
NO CENÁRIO DA LOUCURA**

Dissertação de Mestrado acadêmico em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Dra. Jussara Maria Mendes

Porto Alegre

2015

★ ã + V ó + V I V I ★

(I N M E M O R I A M)

ã + V E R D A D E I R A + G E N T I L E Z A + É ?

¿ P E R F E I T O + C O N F O R T O + E + L I B E R D A D E ?

P R O F E T A G E N T I L E Z A ¹

¹A fonte utilizada nos títulos e epígrafes deste trabalho é inspirada no Profeta Gentileza. Ele foi

★AGRADEÇO★

AO OTTO POR GERMINAR TANTO AMOR E FELICIDADE EM NOSSAS VIDAS.

AO FELIPE POR SER AMPARO, ESTÍMULO, AMOR E POTÊNCIA NESSE PROCESSO.

TAMBÉM, PELA LEITURA ATENTA E CRÍTICA DA MINHA ESCRITA. AMO+TE†

À VÓ MERCEDES E À GAIÁ, POR ME INCENTIVAREM A CONTINUAR.

À ELIANA ANJOS, PELO ACOMPANHAMENTO CONSTANTE EM MEU APRENDIZADO.

À KLO, PELO SUPORTE CHEIO DE CARINHO QUE PERMITIU QUE EU PUDESSE TER
MAIS TRANQUILIDADE PARA FINALIZAR ESTA PESQUISA.

A LUCAS, POR LA CRÍTICA DEL RESUMEN. †TE QUIERO, PRIMO†

ÀS MINHAS QUERIDAS DANI OSÓRIO, GRA CAPUTTI E RAFA PEIXOTO POR TANTA
PARCERIA NOS CAMINHOS DO CUIDADO E DA AMIZADE†

AOS QUE ME LEVARAM E ME ACOMPANHARAM PELOS TERRITÓRIOS DA
SAÚDE MENTAL COLETIVA +[POR ORDEM DE ENCONTROS]

PATRICIA DORNELES+LUCAS FONSECA+SEU ADEMIR+KÁTIA BARFKNECHT+ANGELA ABRAHAM+
GENECI BERTONCELO+SOL CAPRA+CARLOS PACHECO+MARIA DO HORTO MARTINS+SABRINA+
DANI DIAS+SÍLVIA SILVA+JONATHAN FILIPPON+BIRA ALMEIDA+SEU VALDOMIRO+CHICO DO
CANTO+PAULO JOSUÉ+CAMILA JARDIM+FISCHER+ELOIR+ISRAEL+ROSA+THADEU+SIL
NASCIMENTO+SAYONARA+PATY+SANDRA FAGUNDES+FILIPE FURLAN+CARLOS SEVERO+MAIARA
LORIS+FÁTIMA FISCHER+RICARDO LUGON+KARLA MOMBACH+TANISE KETTERMANN+JUDETE
FERRARI+SEU JONES+RÉGIS CRUZ+FELIPE FREDDO+ARIANE MARINO+LUIZ FERREIRA+THAÍS
BENNEMANN+ LUCIANA BISIO MATTOS+GIORDANO DIAS+JU MACHADO+MICHELE LEWIS+RENATA
BONALUME+CELITA+EVA LÚCIA+LUZIA+CARLOS HUMBERTO+PÂMELA+CAMILA SPLINDER++
TELMA(IN MEMORIAM)+GUILHERME MENEGON+VAUTO MENDES+FERNANDA BRESA+THAIS+
RAQUEL+SABRINA+TATI+GIORDANNA+FELIPE+MARGA+GABRIELI MACHADO+PAULA AGNOLIN+
MARIANA PIRES+GUILHERME TORRES+CRIS FRAMER...

★RESUMO★

Esta pesquisa mescla as vivências da pesquisadora e as de trabalhadores da Atenção Psicossocial Estratégica no campo da Saúde Mental Coletiva. Discutimos sobre as condições e o cuidado desses trabalhadores. Resgatamos valores iniciais do processo de luta pela Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul. Para isso, elegemos o Método da Escavação, proposto por Eliana Anjos, como ferramenta metodológica qualitativa. A Saúde Coletiva, a Saúde Mental Coletiva, a Saúde do Trabalhador e trabalhar em saúde foram pontos de ancoragem em nossas argumentações.

Palavras-chave: Saúde Coletiva, Saúde Mental Coletiva, Saúde do Trabalhador, Reforma Psiquiátrica, Trabalho em saúde.

★RESUMEN★

Esta investigación combina la experiencia del investigador con la experiencia de los empleados de la Atención Psicosocial Estratégica en Salud Mental Colectiva. Discutimos las condiciones y el cuidado de estos trabajadores. Valores iniciales rescatados de la lucha por la Reforma Psiquiátrica en Rio Grande do Sul-Brasil. Por lo tanto, se optó por el Método da Escavação propuesto por Eliana Anjos, como herramienta metodológica cualitativa. La salud de la comunidad, la Salud Mental Colectiva, la Salud Ocupacional y el trabajo en salud fueron los puntos de abordaje en nuestros argumentos.

Palabras claves: Salud Colectiva, Salud Mental Colectiva, Salud Ocupacional, Reforma Psiquiátrica, Trabajo en salud.

MEMÓRIA QUE IMPULSIONA.....	09
PARA NÃO ESQUECER.....	16
PERGUNTAR: NOSSA ESTRATÉGIA DE APROXIMAÇÃO.....	21
CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	28
ALICERCES DA PESQUISA.....	30
SAÚDE COLETIVA.....	31
REFORMA PSIQUIÁTRICA E SAÚDE MENTAL COLETIVA.....	34
SAÚDE DO TRABALHADOR.....	36
TRABALHAR NA SAÚDE.....	38
GENEROSAS PALAVRAS.....	44
RESGATES.....	45
CUIDADO DE QUEM CUIDA.....	49
ENLACES.....	75
REFERÊNCIAS.....	82
APÊNDICE I (QUESTIONÁRIO TRABALHADORES DA ATENÇÃO ESTRATÉGICA).....	88
APÊNDICE II (QUESTIONÁRIO TRABALHADORES DO PROCESSO HISTÓRICO).....	91
APÊNDICE III (CARTA ÀS QUERIDAS COLABORADORAS E AOS QUERIDOS COLABORADORES).....	92
APÊNDICE IV (CARTA ÀS COLABORADORAS E AOS COLABORADORES DO PROCESSO HISTÓRICO).....	93
APÊNDICE V (EMAIL DE RETORNO AOS COLABORADORES).....	94

MEMÓRIA QUE IMPULSIONA

“SE VOCÊ CONHECESSE O TEMPO COMO EU CONHEÇO”, DISSE O CHAPELEIRO, “NÃO FALARIA EM DESPERDIÇÁ-LO, COMO SE FOSSE UMA COISA. É UM SENHOR”.

“NÃO ENTENDO O QUE VOCÊ QUER DIZER”, DISSE ALICE.

“CLARO QUE NÃO ENTENDE”, DISSE O CHAPELEIRO, ATIRANDO A CABEÇA DESDENHOSAMENTE PARA TRÁS. “ACHO QUE VOCÊ NUNCA SEGUER FALOU COM O TEMPO”

LEWIS CARROLL (2007: 94)

Início esta escrita com uma passagem de minha infância, onde tive meu primeiro estranhamento com a loucura.

EU TINHA 5 OU 6 ANOS E MINHA AMIGA PERGUNTOU O QUE TINHA A MINHA AVÓ. RESPONDI QUE ELA ERA LOUCA. EU DISSE O QUE OUVIA E O QUE NÃO ME PARECIA SER RUIM. COM SAGACIDADE, MINHA AMIGA QUIS VERIFICAR A INFORMAÇÃO COM A MINHA MÃE. MINHA MÃE NÃO CONSEGUIU DIZER UMA PALAVRA, MAS MOSTROU TRISTEZA NO OLHAR. EU SOFRI COM O OLHAR DELA. NAQUELE INSTANTE, PERCEBI QUE O JEITO DE SER DE MINHA AVÓ ERA SOFRIDO E FAZIA SOFRER (MEMÓRIA + ANA LUIZ RAUBER).

O sofrimento aqui referido envolve a minha avó e a minha família, e que de algum modo incentivou – mesmo que não intencionalmente – minha escolha por transitar nos caminhos do cuidado com a loucura. Quando falamos em loucura não estamos isentos de debater as marcas que ela imprime e a desaprovação social que nela impera. Em nossa escrita lançaremos mão de memórias de minha trajetória de vida e profissional, e buscaremos tecê-las com contribuições de outros atores – trabalhadores e teóricos do campo da Saúde Mental Coletiva. Nosso intento é permear a escrita com o cuidado ao cuidador-trabalhador e com o que o faz sofrer.

É importante clarear a que memória me refiro aqui. Não se trata de registros de acontecimentos findados. E sim acontecimentos vivos, que tem em si o tempo vivido. A memória foi algo que vivi. É algo que vivo, quando a resgato. E o será, na medida em que permito que ela me impulse, projete-me a novos rumos. Memória é a possibilidade de evocar a transformação.

Para Bicudo (2003: 33), “Enfocar o fenômeno do tempo vivido é firmar nosso olhar na vida, no modo pelo qual ela flui. [...] no modo como vivemos os instantes que em um *continuum* se interligam no fluxo do próprio movimento de ser”.

A memória é viva em mim enquanto me proponho a avocá-la, enquanto não a abandono, enquanto me permito aqui e agora ser com ela, a partir dela, através dela. “De maneira que nós inventamos nossas lembranças, o que é o mesmo que

dizer que inventamos a nós mesmos, porque nossa identidade reside na memória, no relato da nossa biografia” (MONTERO, 2004: 8).

No ano de 2006, ainda estudante de terapia ocupacional, passei a compor como oficinaira a equipe de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)² II da Região Metropolitana de Porto Alegre. Diante de uma equipe militante que se dispunha ao trabalho interdisciplinar, fui capturada pelo discurso e pelas práticas da Reforma Psiquiátrica. Nas lutas diárias, as demandas necessitavam de muita discussão, posicionamentos, transparência e ações. Em meio a impasses, atravessamentos, entraves políticos e pauperização de recursos, tínhamos que pensar ações que otimizassem o cuidado com os usuários em atendimento, manter aberto o acolhimento para novos usuários, cuidar da equipe, investir na educação e qualificação profissional... Vivenciei com esta equipe processos de constante amadurecimento e superação.

Paulatinamente minhas vivências como acompanhante terapêutica (AT), estagiária, residente em saúde mental coletiva e terapeuta ocupacional, trabalhadora em Saúde Mental Coletiva, foram ampliando meus cenários de atuação. Os desafios de efetivação das políticas de saúde mental tornaram-se mais amplos e complexos. Como coabitar com modos distintos de fazer saúde? Como dar corpo a práticas de cuidado em saúde mental instituintes que invistam em processos de autonomia do

²CAPS I: Atende pessoas de todas as faixas etárias com sofrimento e/ou transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas; indicado para municípios com população acima de 20.000 habitantes.

CAPS II: Atende pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local; indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes.

CAPS III: Atende pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes.

CAPS AD III: Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes.

CAPSi: Atende crianças e adolescentes com prioridade para sofrimento e transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de *crack*, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes (BRASIL, 2014).

usuário e se pautem pelo cuidado em rede, sendo que pontos-chave desta rede se guiam por outros processos, outras políticas e muitas vezes em desavença com princípios caros a nós trabalhadores da saúde mental?

Oliver e Nicácio (2007), ao traçarem um panorama do processo de implementação de diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira, trazem como principais prioridades:

o efetivar a superação do confinamento, a expansão de políticas públicas locais com a criação e/ou consolidação das redes e dos serviços substitutivos e territoriais, que garantam a acessibilidade e formas inovadoras de cuidado e de reabilitação, a inscrição dos direitos nos cotidianos da vida e das instituições, e a implementação de projetos intersetoriais orientados para a construção de caminhos de invenção de um novo lugar social para as pessoas com a experiência do sofrimento psíquico capazes de confrontar o preconceito da periculosidade do louco e de sua incapacidade para a vida social (OLIVER, NICÁCIO, 2007: 125)³.

Acessei serviços distintos que, apesar de serem norteados por uma política comum, tinham modos de atuar absolutamente diferenciados. Muitos, inclusive, com práticas em desacordo com a política vigente. Trabalhadores dispostos, trabalhadores cansados, trabalhadores descrentes, trabalhadores descontentes por terem que trabalhar com a Reforma Psiquiátrica, trabalhadores indignados por terem meios escassos para efetivar a Reforma Psiquiátrica, trabalhadores silenciados, ambientes físicos desfavoráveis, contratações precárias, equipes mínimas, falta de materiais para o trabalho, equipes com contratos distintos, remunerações baixas ou diferenciadas entre pessoas com o mesmo nível de escolaridade, jornadas de trabalho exaustivas... Processos burocráticos, que servem para proteger patrimônios e gastos públicos, tornam-se muitas vezes obstáculos na efetivação de práticas, precarizando ambientes e contratações de recursos humanos.

Em contraponto, vivenciei e vivencio acontecimentos que nos fazem crer que o cuidado em liberdade, o cuidado-cidadão, é possível. Cuidar criando, cantando, passeando, movimentando corpos, expressando emoções, ouvindo, acolhendo, aproximando fragmentos desconectados da vida, aliando outros setores ao ato de cuidar. A Reforma Psiquiátrica imprime outro modo de cuidado.

Na entrevista do meu processo de seleção para o Mestrado, os meus avaliadores perguntaram se eu, trabalhadora da atenção em saúde, achava que

³ Tradução própria.

teria condições de me dedicar ao Mestrado. A pergunta inicial me desconcertou. Eu estava diante de duas referências da Saúde Coletiva, profissionais e teóricas. E estas estavam me apontando que pesquisa e trabalho na atenção talvez estejam distantes. Ou, quiçá, que a aproximação destes seja difícil.

Para mim, o cuidado em saúde atrelado ao estudo é potente por ser coerente com a possibilidade de transformação associada à crítica. Ora, se a pesquisa deve ter relevância e impacto social, por que não efetivá-la em ato?

Fagundes (2009), ao narrar em sua Dissertação de Mestrado sobre o processo histórico de invenção da Saúde Mental Coletiva no Rio Grande do Sul, aponta para o processo de formação dos profissionais como alicerce fundamental de transformação do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico:

Em dez anos, 1987 a 1996, a experiência de uma intercessão inédita: a formação levava à criação de serviços inovadores e substitutivos, mobilizava profissionais ao pensamento estratégico e ao trabalho em ato [...], desafiava gestores de saúde [...], reinventava práticas tradicionais [...] e constituía um movimento social envolvendo agentes políticos, técnicos, cidadãos, “participantes”, familiares e amigos. [...] O que estávamos querendo demonstrar era que a força de trabalho em saúde e em saúde mental é constituída por pessoas e não por recursos humanos, que se orienta pelo cuidado às pessoas e não pela eliminação ou tratamento de doenças (FAGUNDES, 2009: 96).

Entretanto, o questionamento feito na minha entrevista de seleção para o Mestrado fez e ainda faz eco em mim. Porque, sim, acho tarefa árdua. Minha condição como trabalhadora estatutária com regime de 40 horas semanais – em desacordo com a legislação que rege minha profissão⁴ –, pouco favoreceu a realização desta pesquisa. Sem incentivo formal por parte da gestão, neste percurso encontrei brechas, parcerias, uma equipe e membros da gestão interessados em dar espaço e a ouvir reflexões vividas por mim em aula.

Esta pesquisa foi gestada quando eu estava em cena, meu cotidiano de trabalho era um Serviço Estratégico de Atenção Psicossocial, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II. Nesse tempo eu vivia/sentia o “sangue quente”.

A escrita aqui apresentada não se aprisiona em uma sequência linear de tempo e espaço, mas busca sua relação dinâmica, na qual os referenciais de

⁴ Lei nº 8.856, de 1º de março de 1994, que fixa a jornada de trabalho dos profissionais Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional à prestação máxima de 30 horas semanais de trabalho (BRASIL, 1994).

passado, presente, futuro são interdependentes. Na qual se deslocam e retroalimentam. A posição (espaço) de quem olha, decifra, interfere diretamente na leitura.

Quando o projeto se transformou em pesquisa, a vida já tinha permitido que vivenciasse um olhar de outro ângulo sobre o trabalho em saúde mental. Minha prática profissional ainda se mantém no campo da Saúde Coletiva, mas não mais diretamente envolvida com o cuidado em saúde mental.

O município onde eu trabalhava inovara, realizando um concurso público que teve como pré-requisito para o ingresso profissionais da saúde com formação em nível residência ou especialização na área de atuação. Este município tem, em sua história recente, a modificação e a ampliação significativa na atenção em saúde ofertada, além de um modelo de gestão diferenciado, em que os serviços contam com a estrutura de Apoio Institucional⁵. Porém, este mesmo município teve poucos avanços no que se refere aos cuidados com seus trabalhadores: não há uma política de Saúde do Trabalhador, tampouco plano de carreira, os salários são desiguais entre trabalhadores do mesmo nível de formação, os ambientes físicos são desfavoráveis para o acolhimento de usuários em saúde mental (faltam insumos, móveis, equipamentos...). Não coloco aqui a gestão como algoz, responsável ou não por estas estruturas. Busco, contudo, conexões/caminhos para avançar nessa questão. Faço parte desse processo.

Em minha pesquisa de Trabalho de Conclusão de Residência, falo sobre como encaro o papel do trabalhador em Saúde Mental Coletiva:

Nosso trabalho em saúde mental não é amenizar, ignorar, contornar ou excluir o sofrimento. É criar mecanismos de fortalecimento para enfrentá-lo. Os modos de fazê-lo são diversos e complexos, envolvendo a possibilidade de tecer interconexões, ampliar redes de codependência e não de autossuficiência.

Os empenhos das equipes que trabalham nesta perspectiva mesclam aposta e investimento, a fim de promover mecanismos para os usuários ocuparem-se de si (RAUBER, 2012: 37).

No entanto, delineiam-se contradições entre projetos políticos que almejam um cuidado de excelência de fato. Se os trabalhadores em Saúde Mental Coletiva são

⁵ “[...] o apoio institucional tem como objetivo-chave justamente o de construir espaços de análise e interferência no cotidiano, potencializando análises coletivas de valores, saberes e fazeres e, desse modo, implementar e mudar práticas” (VASCONCELOS; MORSCHER, 2009: 733).

peça fundamental na construção e efetivação das políticas em saúde mental, quais são as condições de trabalho em que operam? E como cuidar do sofrimento alheio, dando vida ao desafio de promover um cuidado calcado na superação de práticas hegemônicas e segregadoras?

As Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) têm como diretrizes: o respeito aos direitos humanos, com vistas à garantia de autonomia, liberdade e cidadania; a promoção da equidade, considerando determinantes sociais; a garantia de acesso aos serviços, com oferta de cuidado integral a partir de profissionais que trabalhem em lógica interdisciplinar; a ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com estratégias de cuidado diversificadas, participação e controle social; a organização regionalizada dos serviços, com ações intersetoriais, buscando o cuidado integral; e a lógica de cuidado voltada para as necessidades do usuário (BRASIL, 2014).

As RAPS são compostas por serviços da Atenção Básica, da Atenção Psicossocial Estratégica, da Atenção de Urgência, da Atenção Residencial de Caráter Transitório; da Atenção Hospitalar, de Estratégias de Desinstitucionalização, e de Estratégias de Reabilitação Psicossocial.

Esta pesquisa direcionou o olhar para trabalhadores de serviços que fazem parte da Atenção Psicossocial Estratégica, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diferentes modalidades.

No CAPS II, onde trabalhei mais recentemente, eu também exercia a função de preceptora de uma Residência em Saúde Mental Coletiva. A Residência, no ambiente do CAPS, promove reflexões importantes e aprendizado mútuo sobre o fazer em Saúde Mental Coletiva. Uma das produções escritas de uma residente descreveu nosso cotidiano de trabalho como tendo um ritmo fabril, uma linha de produção com acúmulo de funções, sobrecarga e olhares fragmentados. Este cenário em nada se parece com as produções escritas idealizadas e almejadas por nós atores e militantes da Saúde Mental Coletiva. Mas é um cenário real de um dispositivo de cuidado legitimado pelas políticas de saúde mental.

Milton Santos nos auxilia nesta reflexão, quando traz seu olhar sobre nossa sociedade contemporânea:

O mundo da fluidez, a vertigem da velocidade, a frequência dos deslocamentos e a banalidade do movimento e das alusões a lugares e a

coisas distantes revelam, por contraste, no ser humano, o corpo como uma certeza materialmente sensível, diante de um universo difícil de apreender (SANTOS, 2002: 313).

O “ritmo frenético” – expressão usada pela equipe que eu trabalhava – descreve o compasso de nossas ações diárias, a escolha ética/política pela Saúde Mental Coletiva com seus obstáculos, suas incoerências, mas também, e principalmente, com a busca incansável por acertos, pelo cuidado com qualidade, pelo respeito ao outro, pela superação do estigma da loucura, pela produção de outros modos de acolhimento de saúde mental...

Foi esse processo que instigou esta pesquisa. Não busco um olhar neutro, ou evidências imparciais. Estou implicada, envolvida como mulher, profissional, cidadã. Esta pesquisa me afeta, dói, alegre, impulsiona.

De tal modo que me tocam as palavras de Furtado:

A escolha de uma temática de investigação é produto do cotidiano do sujeito pesquisador, suas vivências, suas experiências, seus questionamentos e, por que não dizer, do seu sofrimento. A própria palavra pesquisador já nos remete a essa questão. Pesquisador significa aquele que enfrenta, busca caminhos pela dor (FURTADO, 2010: 25).

O intento desta pesquisa foi, a partir de minha vivência e com o auxílio do olhar de alguns trabalhadores da Atenção Psicossocial Estratégica do Rio Grande do Sul, capturar elementos que traduzam o cuidado para com eles, produzindo diálogos entre as políticas de saúde mental e a Saúde do Trabalhador.

Buscamos discutir os processos de cuidado com o trabalhador em serviços da Atenção Estratégica em Saúde Mental e analisar como estes dialogam a política de saúde mental e a Saúde do Trabalhador, elaborar proposições para qualificar o cuidado ao cuidador de saúde mental, resgatando valores iniciais da criação da Saúde Mental Coletiva no Rio Grande do Sul.

PARA NÃO ESQUECER

No bojo das lutas pela redemocratização do país, movimentos sociais se engajam em temas que vão ao encontro de modos mais justos de viver. O

movimento pela Luta Antimanicomial denuncia maus-tratos sofridos nos manicômios, reivindicando o cuidado em liberdade e encontra inspiração, principalmente, na Reforma Psiquiátrica italiana que, desde a década de 1960, revoluciona formas de cuidado em saúde mental.

Em 1987, aconteceu, no município de Bauru, em São Paulo, o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, com o lema: “Por uma sociedade sem manicômios”. No mesmo ano, teve lugar a I Conferência Nacional de Saúde Mental, na cidade do Rio de Janeiro. Na contramão do que era ofertado pelos manicômios, estes grandes eventos são seguidos de iniciativas que, a exemplo dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial, possibilitam outros cuidados em saúde mental em território, a saber, residenciais para egressos de hospitais psiquiátricos, a criação de associações e cooperativas de usuários, familiares e trabalhadores em saúde mental...

O estado do Rio Grande do Sul é pioneiro na consolidação da Lei 9.716/1992⁶, primeira lei de Reforma Psiquiátrica do país. Não por acaso, as condições a que eram submetidas pessoas em sofrimento psíquico e seus trabalhadores nos hospitais psiquiátricos do estado feriam direitos humanos.

Para Dias:

O Movimento da Luta Antimanicomial passou a denunciar as condições de segregação social dos portadores de transtorno mental. Propôs mudanças de concepção sobre a doença mental, o direito destes passarem a ser considerados cidadãos e alteração no modelo de atenção terapêutico hegemônico, o hospitalocêntrico. O horizonte deste Movimento revela a busca da ampliação ou criação de espaços participativos e democráticos (DIAS, 2007: 57).

Nas palavras do coordenador nacional de saúde mental, Roberto Tykanori, o Rio Grande do Sul “tem historicamente uma tradição no entendimento das políticas de saúde mental” (FOGLIATTO, 2014). Ainda de acordo com Tykanori, a postura do Ministério da Saúde é de operar a favor da Reforma Psiquiátrica. Ele enfatiza que internacionalmente esse debate já foi superado; para a Organização Mundial da

⁶ Dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias, e dá outras providências.

Saúde (OMS) a internação em hospitais psiquiátricos é considerada tortura (FOGLIATTO, 2014).

No contrafluxo desse processo, o coordenador de saúde mental do Rio Grande do Sul, empossado em 2015 noticia a revitalização de hospitais psiquiátricos no estado. O anúncio da política de saúde mental, proposta por esta gestão, foi feita a portas fechadas dentro do Hospital Psiquiátrico São Pedro, impedindo a participação do grande público e de pessoas envolvidas com a Luta Antimanicomial. Nessa mesma ocasião, o coordenador teceu críticas aos Centros de Atenção Psicossociais. A atual gestão estadual rescindiu contratos de aluguéis de casas destinadas a Serviços Residenciais Terapêuticos e também fechou a casa que abrigava as atividades do grupo de teatro Nau da Liberdade (FOGLIATTO, 2015).

Diante das primeiras manifestações públicas do coordenador de saúde mental do estado, anunciando a reativação do Hospital Psiquiátrico Colônia Itapuã, Analice Palombine expressa sua indignação:

Nosso estado tem sido pioneiro na implementação de ações de saúde mental de base comunitária, tal como propugna a Organização Mundial da Saúde (OMS), em substituição ao tratamento centrado no hospital psiquiátrico. Propor a reativação de um hospital colônia é retrocesso monstruoso que afronta as diretrizes de saúde mental da OMS, fere a história da saúde mental em nosso estado e no país, envergonha a cidadania. Não passará (PALOMBINE, 2015).

Um de nossos colaboradores da pesquisa, que tem histórico de militância, docência, gestão e atenção voltada para o cuidado em Saúde Mental Coletiva, expressa-se a respeito da postura do atual coordenador de saúde mental do Rio Grande do Sul:

É uma postura retrógrada em sintonia com os retrocessos em andamento no mundo e muito acentuado no país: ódio, homofobia, “estatuto da família”, milícias, xenofobia, racismo. A sociedade do medo impera e as políticas retrocedem. É indicativa de que os princípios ético-políticos da reforma psiquiátrica não estão suficientemente enraizados em nossa sociedade nem nas práticas profissionais. É tempo de resistência e de disputa: a história até o momento construída está em cheque. Até agora os trabalhadores, usuários e gestores municipais têm sustentado a reforma psiquiátrica no RS. A luta é contínua para a garantia de direitos e políticas públicas inclusivas (Colaborador A).

Nosso compromisso ético aqui é contribuir com o debate e mostrar que práticas neste campo são exitosas. O cuidado em Saúde Mental Coletiva tem potência no encontro dos usuários dos serviços e com os trabalhadores que se dispõem a acompanhá-los. As redes de saúde mental exigem ampliações, aprimoramentos, mais investimentos. Precisam ser vida à produção teórica já produzida, aos sonhos dos que trabalham e principalmente daqueles que necessitam de seus cuidados, mas jamais ponderar a possibilidade de retroceder a práticas já experienciadas e dadas como fracassadas, pois ferem direitos humanos, geram sofrimento e são ilegais.

As políticas de saúde mental no Brasil avançaram na efetivação de leis e portarias que respaldam a implementação de serviços e ações voltadas para a Reforma Psiquiátrica. Sabemos que a legislação não garante a efetivação de tais práticas, mas estas são conquistas das batalhas de diversos atores, direcionam modelos de cuidado e proporcionam financiamento si mesmas. Porém, parece-me coerente que a implementação destas políticas seja feita por trabalhadores que, além de apostarem nelas, obtenham a valorização enquanto trabalhadores e condições favoráveis para realizar seu trabalho.

A Saúde do Trabalhador, integrada à Saúde Coletiva, tem como protagonista o trabalhador. Num diálogo interdisciplinar e intersetorial, esse campo considera o contexto social, as condições de vida dos trabalhadores e entende o trabalho e o ambiente como determinantes e condicionantes da saúde, sendo que os trabalhadores exercem seu protagonismo na perspectiva de operar mudanças em seus processos de saúde e trabalho.

No entanto, percebe-se que os trabalhadores pouco acessam os cuidados em Saúde do Trabalhador. A grande maioria deles têm acesso somente ao médico do trabalho, o qual remonta a uma lógica que queremos superar. Ironicamente quem acessa os Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST) são trabalhadores do setor privado. Como afirma Ramminger:

Os servidores públicos contam com os Departamentos de Perícia Médica – campo ainda hegemônico da Medicina do Trabalho – assim como não costumam acessar os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, preferindo buscar atendimento na rede privada de saúde, via convênio, onde igualmente o adoecimento é desvinculado das atividades de trabalho. Assim, constatamos a extrema vulnerabilidade das ações voltadas à atenção da saúde do servidor público que, definitivamente, não integram

uma política pública, estando à mercê das diferentes prioridades eleitas pelos governos. O servidor público, como trabalhador, parece não merecer investimento, apenas controle, em consonância com um longo histórico de desvalorização do setor público (RAMMINGER, 2009: 14).

Procuramos nesta pesquisa encontrar linhas de coerência e desvios que interferem, principalmente, em como atores – fundamentais para a concretização da atenção em saúde mental coerente com princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica – realizam suas atividades laborais. Nossos esforços com esta escrita, estão voltados para o aprimoramento de práticas, o tecer reflexões que favoreçam um cuidado maior com quem cuida em saúde mental, a fim de qualificar práticas.

PERGUNTAR: NOSSA ESTRATÉGIA DE APROXIMAÇÃO

TENTE TER AMOR PELAS PRÓPRIAS PERGUNTAS, COMO QUARTOS FECHADOS E COMO LIVROS ESCRITOS EM UMA LÍNGUA ESTRANGEIRA. NÃO INVESTIGUE AGORA AS RESPOSTAS QUE NÃO LHE PODEM SER DADAS, PORQUE NÃO PODERIA VIVÊ-LAS. VIVA AGORA AS PERGUNTAS. TALVEZ PASSE, GRADATIVAMENTE, EM UM BELO DIA, SEM PERCEBER, A VIVER AS RESPOSTAS.

RAINER MARIA RILKE

Durante minha formação em terapia ocupacional e nos primeiros anos que seguiam à minha formatura, participei do Grupo de Estudos sobre a Atividade Humana (GEAH), que inicialmente era atividade extracurricular ofertada aos estudantes do curso de terapia ocupacional do Centro Universitário Metodista IPA. Nossos encontros em laboratório tinham como premissas a experimentação e a análise de atividades expressivas, intelectuais, artesanais, corporais e a produção de conhecimento a partir delas.

Essa experiência foi base para a Tese de Doutorado da professora Eliana Anjos. Assim, ela desenvolve o Método da Escavação como método clínico e de aprendizagem em terapia ocupacional que “possibilita uma forma de pensar a atividade humana em sua dimensão existencial, ética e estética a partir de um feito sacralizado e compreendido como tal” (FURTADO; MARCONDES, 2013: 655).

Este método, além de inspirar, fundamentou meu fazer como terapeuta ocupacional e trabalhadora em Saúde Coletiva. Deu consistência ao exercício de perguntar, ampliando a percepção sobre a atividade e a circularidade da ação (FURTADO; FISCHER, 2011), ou seja, o que envolve, agencia, compõe e interpõe os elementos do fazer.

A escavação é uma maneira de ajudar o sujeito a pensar, fazer e falar. Esse processo acontece pela escavação do fazer, como uma desocultação e/ou um desvelamento. Pela escavação, os sujeitos passariam a compreender o pensamento, os valores e a própria sociedade em que vivem no momento em que escavam a sua história de vida e de suas relações com o fazer, incluindo desde as atividades cotidianas, de socialização, até as atividades de trabalho (FURTADO, MARCONDES, 2013: 655).

Fizemos aqui uma adaptação do método clínico e de aprendizagem para o contexto da análise da pesquisa. As ações principais do Método da Escavação são a abordagem do questionamento, a abordagem perceptiva, indicação da atividade, análise da atividade, realização da atividade e a busca pela atividade sagrada⁷ e do sagrado em si.

Para Furtado e Marcondes (2013: 660):

A busca da atividade sagrada é um processo permanente de escavação e uma decisão normativa, em que o sujeito vai estar na atividade e vai vivê-la

⁷ A atividade sagrada é quando temos consciência, respeito e cuidado pelos atos cotidianos e os vivenciamos em sua intensidade, sacralizando feitos.

por inteiro, genuinamente, sem mascaramentos; é a entrega do sujeito à atividade, para com o outro, para com ele mesmo e nele mesmo. A sacralização do feito é desenvolvida pelo movimento contínuo de reverência à atividade, pela escavação, o que permite ao sujeito estar na presença (*Dasein*).

Os passos descritos pelo método preveem a identificação do sujeito e a avaliação das condições físicas, psíquicas, emocionais e racionais do sujeito. Aqui nosso “sujeito” são os trabalhadores da Atenção Psicossocial Estratégica e os trabalhadores que fizeram parte do processo histórico de construção da Saúde Mental Coletiva. Investigamos as condições laborativas e subjetivas quanto a percepções da ação e o contexto do seu fazer profissional, incorporando os aspectos que envolvem as políticas de saúde mental e a política de saúde do trabalhador. O passo posterior do método é a prescrição de tratamento, a partir do processo da escavação, por meio do qual, para fins desta pesquisa, daremos à luz propostas de melhorias para os processos de trabalho apontadas pelos colaboradores.

Esta pesquisa traçou, através de ferramentas qualitativas, diálogos que permitiram que a pesquisadora e os colaboradores trouxessem sua bagagem vivencial e refletissem sobre os modos de cuidado consigo no campo de trabalho. Através do exercício de perguntar, nossa ambição aqui não foi apenas buscar conhecimento, mas de oferecer gentilmente uma pausa para tomada de consciência dos processos de trabalho.

Como afirmam duas de nossas colaboradoras:

Cuidado com quem cuida. Esta é uma questão que necessita muita reflexão por parte dos trabalhadores e criação de estruturas de cuidado por parte da gestão – em nível de SUS/Ministério da Saúde/Municípios. Gostaria de obter algum retorno deste trabalho/discussões, pois certamente contribuiriam com as reflexões que nossa equipe tem feito nos últimos tempos (Calêndula⁸).

Achei todas as questões muito pertinentes, possibilitando refletir sobre meu trabalho (Lavanda⁹).

⁸Nome fictício.

⁹Idem.

A Luta Antimanicomial, prima pelo cuidado em rede, no território e em liberdade. O trabalho em Saúde Mental Coletiva tem suas peculiaridades: Fundamental é o respeito pelo outro, a disponibilidade de estar junto, a generosidade de fazer com o outro, a ousadia de experimentar, o reconhecimento e acolhimento pelo fato de sermos diferentes e podermos compor sem a violência do enquadramento.

Esse modo de ofertar cuidado permite a aproximação entre os colegas de trabalho. Para que este tenha maior fluidez, torna-se imprescindível o fazer em equipe. Embora possa muitas vezes ser difícil, esse exercício diário possibilita maior êxito no cuidado com o usuário e fortalecimento nas ações intra e intersetoriais.

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro reconhece a compreensão de que os processos de saúde-doença estão imbricados em redes complexas compostas por múltiplos fatores, sendo que a garantia de cuidados em saúde é um direito conquistado constitucionalmente. Em um dos materiais de suporte produzidos pela Política Nacional de Humanização (PNH) para a garantia desse direito, “a construção de redes tornou-se, então, uma estratégia indispensável que permite criar múltiplas respostas para o enfrentamento da produção saúde-doença” (BRASIL, 2009b: 7).

A PNH entende que essas redes são “serviços e pessoas com responsabilidades diferentes, com diferentes tipos de poder e com diferentes funções sem que estas diferenças servissem para hierarquizá-los, para colocá-los em uma escala de valores” (BRASIL, 2009b: 38).

Durante minha trajetória tive o privilégio de compor equipes que se dispunham ao trabalho interdisciplinar. Ainda que houvesse muitas fragilidades, esse era o horizonte. Este conceito de produção de redes se faz necessário para a compreensão da nossa metodologia de trabalho.

No decorrer desse percurso, fui compondo também as minhas redes, cujos nós eram o suporte, os pontos de apoio aos quais eu recorreria afetiva, intelectual e tecnicamente para seguir tecendo minhas tramas. A construção de uma pesquisa de mestrado se faz com múltiplos suportes e colaboradores: os professores, os referenciais teóricos, as memórias que nos sustentam, os valores em que acreditamos e diretamente os participantes da pesquisa.

Assim como no desenvolvimento do Método de Escavação, nosso estudo é qualitativo de cunho exploratório, pois ainda não há um acúmulo significativo de experiências para operacionalização/sistematização da hipótese de pesquisa. Este tipo de estudo é indicado para temas ainda pouco explorados e busca chegar a uma dimensão aproximada dos fatos (FURTADO, 2010).

Temos ciência de que as discussões apresentadas aqui correspondem a uma leitura parcial, embora embasada em diversas discussões. Ela é parcial quando explico minha escolha pelas produções alinhadas à Saúde Coletiva e Saúde Mental Coletiva, quando afirmo que esta pesquisa passa por minha visão, meus valores, minhas vivências e encontra-se com os posicionamentos de pessoas e referenciais teóricos selecionados por mim.

Como instrumentos de pesquisa, criei dois questionários *online*¹⁰, como estratégia para acessar com maior facilidade os colaboradores e ofertar um modo de participação que otimizasse o tempo.

A base de estruturação desses questionários parte de minhas observações, vivências e de muitas reflexões partilhadas com colegas sobre nossos processos de trabalho. Parte também das produções da Saúde Coletiva, ainda escassas sobre o tema. Os questionários passaram por três fases de aperfeiçoamento. A primeira foi como um esboço apresentado no projeto de pesquisa. No decorrer da pesquisa com maior leitura sobre temas afins ao trabalho, os questionários passaram por um refinamento. Antes do seu envio aos colaboradores, as perguntas foram submetidas à leitura de pessoas com as quais tenho afinidade teórica, política e de prática.

O primeiro questionário foi enviado a trabalhadores em saúde mental e alguns critérios foram colocados: profissionais que fizeram parte de meu percurso como trabalhadora de Saúde Mental Coletiva e que estivessem atuando em serviços de Atenção Psicossocial Estratégica na Região Metropolitana de Porto Alegre, durante o período da pesquisa. Consideramos aqui os serviços que compõem a Atenção Psicossocial Estratégica nas suas diferentes modalidades (Centros de Atenção Psicossocial tipo I, II, III, AD e i), como também trabalhadores de equipes de apoio matricial com vínculo empregatício gerido pela gestão municipal (excluindo trabalhadores voluntários, residentes ou em formação de estágio).

¹⁰ Ver Apêndices I e II.

Enviei esse questionário a 23 pessoas. Recebemos o retorno de 21 pessoas. Duas delas não estavam mais trabalhando em serviços da Rede de Atenção Psicossocial e não responderam à pesquisa. Outras duas pessoas responderam à pesquisa e nos informaram que estavam compondo equipes de apoio matricial, mas por considerarmos suas argumentações ricas para nossa discussão e os serviços inseridos no contexto, acolhemos suas respostas. Cinco pessoas manifestaram interesse em participar da pesquisa, mas não conseguiram enviar suas respostas em tempo hábil. Por fim, 14 pessoas participaram enviando suas colaborações.

Este questionário abordou os seguintes temas: vínculo empregatício, jornada de trabalho, remuneração, Educação Permanente, identificação com a Reforma Psiquiátrica, reflexões sobre o cotidiano de trabalho e as condições estruturais para a realização das atividades laborais, aspectos de saúde do trabalhador e quais melhorias possíveis, na visão dos trabalhadores, para o desempenho de suas atividades.

Com o intuito de resgatar projetos e expectativas iniciais, assim como fazer uma reavaliação do processo histórico de criação e luta pela Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, o segundo questionário *online* foi enviado a pessoas que participaram desse processo histórico. Além da retomada de ideais, perguntamos se eles identificavam com as práticas atuais de cuidado com o trabalhador em saúde mental. Os critérios de escolha desses participantes foram: o envolvimento com a militância do movimento pela Reforma Psiquiátrica no estado, anterior à Lei 9.716/1992¹¹, e o empenho para a consolidação da Saúde Mental Coletiva no estado.

Esse segundo questionário foi enviado a cinco pessoas. Recebemos quatro retornos com manifestações de interesse e incentivo para a continuidade do trabalho. Uma dessas pessoas não enviou suas respostas. Contamos, portanto, com três colaboradores nessa etapa.

¹¹Dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias, e dá outras providências (BRASIL, 2004: 63).

Reitero que a escolha dos colaboradores foi intencional e passou também pelo afeto e pela admiração. Em minha trajetória como trabalhadora em Saúde Mental Coletiva, sou parte e me faço de meus encontros. Reconheço-me também neles.

As vivências anteriores e minha identificação com os colaboradores favoreceu a percepção e o questionamento. A atividade inicial foi o envio do questionário em si. A busca pela atividade sagrada e do sagrado em si pretende traduzir-se a partir das reflexões produzidas e das possibilidades apontadas de melhorias para o cotidiano de trabalho apresentados pelos trabalhadores participantes da pesquisa.

Durante todo o processo de coleta dos dados, coloquei-me à disposição para o diálogo e esclarecimento dos temas propostos. Tal postura também foi observada nos colaboradores, que reagiram colocando-se à disposição. Em alguns momentos, recorri a eles para clarear trechos e até mesmo verificar se estavam de acordo com a leitura que eu havia feito de suas colocações. Tal postura verifica-se no processo proposto pelo Método de Escavação, onde há sempre a postura de apoio e a possibilidade de checagem da percepção (FURTADO, 2010).

O foco da escavação é a possibilidade de renormatização e ressignificação das ações e suas relações. Onde o terapeuta/professor, no nosso caso a pesquisadora, é mediador desses processos. A escavação não é dirigida apenas ao sujeito, que são os colaboradores da pesquisa, mas também ao mediador (FURTADO; FISCHER, 2011), favorecendo, assim, uma relação de reciprocidade, de implicação de quem propõe a pesquisa.

A partir dos objetivos construídos, das minhas vivências e do contato com os colaboradores, busquei o suporte das seguintes categorias de análise:

- Ideais iniciais da criação da Saúde Mental Coletiva no estado e suas perspectivas no cuidado com trabalhadores da área.
- A percepção dos trabalhadores acerca de seu cuidado como trabalhadores.
- Indicadores que possam ter impacto sobre a saúde dos trabalhadores em Saúde Mental Coletiva.
- Possibilidades de melhorias para o desempenho do trabalho em Saúde Mental Coletiva.

Neste texto, optei por manter grande parte das respostas dos colaboradores, evitando, assim, ao máximo distorções na leitura do que queriam expressar. Com essa escolha também evidenciamos a relevância de suas reflexões. E, em sintonia com a Saúde do Trabalhador, alinhada à Saúde Coletiva, deixei que os trabalhadores explicitassem suas condições de trabalho.

O suporte dos referenciais teóricos que trouxeram temáticas de acordo com nossas questões permitiu a permeabilidade de novas reflexões. O despertar para novos questionamentos harmoniza com o processo do Método da Escavação.

O conceito do tempo vivido, conforme apresentado anteriormente, se faz caro para nós na composição desta escrita. Os acontecimentos, as trajetórias e as pessoas são indissociáveis, impossibilitando que separemos o tempo deste processo e o apresentemos como um todo absoluto ou vazio de sentido.

Bicudo (2003) explica que, de acordo com a física contemporânea, na teoria da relatividade, a relação entre tempo e espaço varia conforme o sistema escolhido. O tempo não é linear, um fluxo único. E o espaço depende dos objetos que nele estão. E, nos acontecimentos, o tempo não se separa do espaço.

Assim, esta escrita foi permeada por diferentes acontecimentos e habitou diferentes espaços. Ela foi tecida com o auxílio de colaboradores que gentilmente contribuíram com nossas questões. O seu formato final, apesar de contar com algumas subdivisões, arranja-se num todo, mesmo que incompleto.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

É importante ressaltar que esta pesquisa é feita *com* seres humanos e não *em* seres humanos. Em uma aula de Antropologia da Saúde, no Mestrado, discutíamos que esse detalhe faz uma diferença fundamental. Indica uma postura ética.

Assumo aqui os preceitos éticos da pesquisa qualitativa, preservando o bem-estar, a dignidade e os direitos dos participantes, evitando causar danos na coleta de dados, preservando a confidencialidade na redação da pesquisa (FLICK, 2007).

Tive cuidado na elaboração dos questionários, com a intenção de provocar reflexões e evitando perguntas que pudessem causar mal-estar e desconforto.

Para tanto, a participação foi voluntária. Para os trabalhadores da Atenção Psicossocial Estratégica adotamos nomes fictícios, valendo-nos de nomes de Ervas Medicinais como forma de identificá-los. Os nomes remetem a uma noção de cuidado, alívio, acolhimento... Os municípios de atuação dos profissionais não foram citados. Dados pessoais não foram material de estudo. Essas medidas pretendem dificultar a identificação desses trabalhadores, preservando suas identidades, no intuito de evitar qualquer tipo de represália por suas manifestações.

Os trabalhadores do processo histórico são pessoas públicas. Elas manifestam abertamente suas posições e contribuem com a consolidação das políticas de saúde mental. Por conseguinte, dei a opção de revelarem ou não seus nomes. E pedi sua autorização.

Os convites para a participação da pesquisa foram feitos pessoalmente através de *e-mail* e contatos privados em redes sociais. Enviei a proposta da pesquisa e me disponibilizei a esclarecer questões em qualquer tempo. Após introdução da proposta, a primeira questão a ser respondida pelos colaboradores nos questionários enviados se referia ao interesse de participar da pesquisa. Enviei uma carta¹² aos colaboradores, abordando cuidados éticos.

Todos os colaboradores tiveram acesso à dissertação após a banca final de avaliação¹³. Foi acordado que caso algum ponto causasse desconforto a qualquer dos participantes, este seria retirado na edição final da pesquisa. Os participantes tiveram 20 dias para se manifestarem. Nesse período, recebi retornos positivos de parabenização pelo trabalho e um retorno de revisão de fala. Uma participante solicitou que sua fala fosse alterada a fim de deixar seu texto mais claro. A solicitação dela foi acolhida e não teve impacto na análise da pesquisa.

As respostas dos questionários serão armazenadas por cinco anos e, após esse período, serão descartadas.

¹²Apêndices III e IV.

¹³Apêndice V.

ALICERCES DA PESQUISA

AS DÉCADAS DE 70 E 80, NO BRASIL, TESTEMUNHARAM A EFERVESCÊNCIA DE DEBATES IMPORTANTES NO QUE SE REFERE A CONQUISTAS DE DIREITOS SOCIAIS. ESTA PESQUISA DESTACA OS MOVIMENTOS DA REFORMA SANITÁRIA, DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E DA SAÚDE DO TRABALHADOR QUE, EMBORA MOVIMENTOS “PARALELOS”, — NO SENTIDO DE EXERCEREM PROTAGONISMO EM SUAS REIVINDICAÇÕES — COMPARTILHAM IDEIAS, PRINCÍPIOS E DIRETRIZES (ANA LUIA RAUBER).

SAÚDE COLETIVA

*CONSERVAR AS COISAS É PROTEGER.
ESTAMIRA*

Durante os períodos de luta contra a Ditadura Militar brasileira e de redemocratização do país, o movimento pela Reforma Sanitária defendeu a bandeira do acesso à saúde como um direito de todos. A saúde pública e a assistência médica estavam associadas à ideia de promoção e prevenção de doenças de modo programático, padronizado e orientado por indicadores epidemiológicos, com uma oferta terapêutica centrada em etapas do processo saúde-doença em que imperava a hegemonia da intervenção médica, cuja preocupação maior era uma “clara expectativa de reposição da força de trabalho” (CECCIM, 2007: 30).

Para Campos (2008):

A reforma sanitária brasileira pode ser considerada tardia. Quando já havia este declínio das concepções socialistas ou do Estado de bem-estar, nosso país experimentou o apogeu do reformismo em saúde. Enquanto em todo o mundo se falava e se praticava o neoliberalismo, aqui a Constituição de 1988 afirmava o que viria a se constituir como o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado dois anos depois pela lei 8080. Sem dúvida, um dos fatores que tornaram essa política possível foi a existência da tradição internacional, claramente filiada ao pensamento que advogava a necessidade de reformas sociais, articuladas de modo deliberado e sem as quais o crescimento econômico jamais promoveria bem-estar. Socialistas, trabalhistas, desenvolvimentistas: vários movimentos políticos incluíram o ideário dos sistemas públicos de saúde em seus projetos (CAMPOS, 2008).

Desde o resultado das últimas eleições no país, presenciamos algumas manifestações tímidas, mas dispendo dos holofotes da grande mídia, que têm reunido pessoas em prol dos “cidadãos de bem”. Algumas de suas reivindicações assustam, figurando entre elas o pedido de intervenção militar para a derrubada da democracia. Cartazes são exibidos questionando conquistas de populações historicamente pouco favorecidas. Nesse movimento, há incitação ao ódio, ao racismo, machismo, homofobia... Há também forte apelo à exploração do trabalho, um engajamento para a manutenção do conforto de poucos, que ignora e requer a supressão de direitos de muitos. Estaríamos diante do retrocesso?

Cotidianamente escutamos discursos distorcidos e derrotistas em torno do cuidado em saúde mental ofertado em território. Historicamente em nosso país existe um velho projeto de não investir no que é público, deixando os serviços e equipamentos sucateados, para só então persuadir a população de que estes não funcionam e de que a solução é privatizar – servindo aos interesses de poucos e não da população em geral.

No SUS, o sistema é único e público, mas grande parte de sua administração é feita pela iniciativa privada através de financiamento público. A Constituição brasileira de 1988 e a Lei 8.080/1990 asseguram a saúde como um direito de todos, com acesso universal e gratuito. O número de servidores e serviços públicos cresceu desde então. Entretanto, há subfinanciamento do sistema e a sustentação da administração da maioria dos equipamentos de assistência à saúde em nosso país é feita por meio de parceria público-privada.

CAMPOS (2008) nos auxilia nessa questão:

Por vários motivos, a implementação do SUS vem ocorrendo de maneira incompleta. **Entre as tarefas não realizadas estão a reforma do modelo de gestão e a criação de uma política de pessoal adequada**¹⁴. O sistema opera com as tradicionais regras de funcionamento de todos os serviços públicos brasileiros, que são, em muitos aspectos, inadequadas para a dinâmica e singularidade da atenção à saúde. Em decorrência, há uma grande dificuldade em administrar serviços públicos nessa área. Além do mais, o SUS não escapou à perversa tradição republicana brasileira de compor maiorias parlamentares mediante distribuição de cargos públicos e até mesmo destinação de verbas. Uma lógica que não leva em conta os problemas sanitários. Para agravar ainda mais o quadro, o financiamento é insuficiente. Concomitantemente aos problemas de governança, o orçamento disponível está abaixo do necessário. Inúmeros estudos isentos encontraram este duplo estrangulamento. Urge uma reforma do modelo de gestão para esse pedaço de Estado que é o SUS. E urge encontrar-se modos de superar seu subfinanciamento. [...]

Considera-se que há privatização do sistema quando, para escapar a constrangimentos, se inventam várias modalidades de gestão de hospitais e de outros serviços, delegando-os a pessoas ou organizações particulares (CAMPOS, 2008).

Fazer Saúde Coletiva é resistir, conservar – proteger, como nos alerta Estamira (PRADO; PADILHA: 2004) –, para assegurar conquistas e lutar pelos avanços do SUS, tendo como balizas a universalidade do acesso aos serviços, a integralidade de assistência e a participação da comunidade. Para o professor Ceccim (2007):

¹⁴Grifo nosso.

No campo do conhecimento, o Brasil inventou um referencial teórico, a Saúde Coletiva, para absorver a cidadania em compromisso científico e acadêmico; desenvolveu o controle social em saúde para gerar uma prática de abertura e efetuação política pelo compromisso legal, moral e ético com a cidadania (CECCIM, 2007: 46).

Segundo relatório final da I Conferência Nacional de Saúde Mental:

Neste sentido, não basta apenas a reformulação do setor saúde para obter melhorias na expectativa de vida da população brasileira, é fundamental que esse novo conceito de saúde permeie a implementação de todas as políticas sociais do Estado.

Por isto, a formulação da proposta de Reforma Sanitária, como estabelecida pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, traduz um significativo avanço na luta pelo direito à saúde em nosso país: haja vista que o princípio construtor de suas resoluções se norteou segundo estes pressupostos (BRASIL, 1987:12).

A proposta da Saúde Coletiva busca superar a dicotomia entre ações de prevenção e ações curativas da Saúde Pública. Na medida em que amplia focos de intervenção, o diálogo interdisciplinar é primordial e abre-se espaço para ações singularizadas.

Para Paim e Almeida Filho:

a saúde coletiva privilegia nos seus modelos ou pautas de ação quatro objetos de intervenção: *políticas* (formas de distribuição do poder); *práticas* (mudanças de comportamentos; cultura; instituições; produção de conhecimentos; práticas institucionais, profissionais e relacionais); *técnicas* (organização e regulação dos recursos e processos produtivos; corpos/ambientes); e *instrumentos* (meios de produção da intervenção) (PAIM, ALMEIDA FILHO, 1998: 312).

Esses autores também nos auxiliam na identificação de uma definição para esse conceito. A Saúde Coletiva pode ser traduzida como um:

conjunto articulado de práticas técnicas, científicas, culturais, ideológicas, políticas e econômicas, desenvolvidas no âmbito acadêmico, nas instituições de saúde, nas organizações da sociedade civil e nos institutos de pesquisa, informadas por distintas correntes de pensamento resultantes da adesão ou crítica aos diversos projetos de reforma em saúde (PAIM, apud PAIM; ALMEIDA FILHO: 1998: 310).

No campo da Saúde Coletiva, temos um território fértil para práticas voltadas ao social, passível de acolhimento das práticas em Saúde Mental Coletiva e em Saúde do Trabalhador que abordaremos a seguir.

REFORMA PSIQUIÁTRICA E SAÚDE MENTAL COLETIVA

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014), um quarto da população mundial sofrerá de transtornos mentais ao longo da vida. Esses transtornos são causa de elevada mortalidade e incapacidade. Representam 8,8% e 16,6% do total das doenças nos países de baixa renda e de renda média respectivamente. Estima-se que, em 2030, a depressão será a segunda principal causa de doença em países de renda média e a terceira causa nos países de baixa renda. Esses dados também apontam para uma subcobertura no que se refere aos cuidados em saúde mental. Aproximadamente um quinto das pessoas que necessitam de atenção em saúde por uso de substâncias psicoativas, problemas neurológicos e transtornos mentais têm acesso a esse tipo de cuidado. A maioria dos programas de combate à pobreza não consideram o cuidado com essa população (OMS, 2014).

O Brasil, desde a década 70, tem forte movimento pela reestruturação do cuidado em saúde mental, na perspectiva de criação e implementação de uma rede de serviços com base comunitária que supere o modelo manicomial. Inspirado na Reforma Psiquiátrica italiana, o Movimento pela Reforma Psiquiátrica brasileira tem como protagonistas os trabalhadores, usuários de serviços de saúde mental e seus familiares.

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que tem forte atuação a partir do final dos anos de 1970, ultrapassa movimentos anteriores que propunham apenas transformações de cunho técnico ou administrativo e coloca em questão o saber psiquiátrico. O conceito da cidadania passa a ser norteador e a Reforma agrega aspectos teóricos, políticos, sociais e culturais (AMARANTE, 1996).

Ao falar sobre a proposta de cuidado concebida por Basaglia, mentor da Reforma Psiquiátrica italiana, Amarante (1996) expõe uma mudança de paradigma, na qual se nega o conceito de doença mental como construção teórica, sem negar a doença e o doente. “A condição de excluído, à qual é delegado o doente mental, impõe-lhe uma série de outras consequências que não podem ser identificadas como decorrentes de sua condição de enfermo” (AMARANTE, 1996: 70).

No Brasil, os recursos financeiros destinados à assistência em saúde mental têm sofrido uma inversão de investimentos desde a aprovação da Lei Nacional 10.216/2001¹⁵ e as portarias que a regulamentam. Em 2002, 24,76% dos investimentos financeiros do SUS para a saúde mental eram destinados à rede extra-hospitalar, enquanto 75,24% eram destinados aos hospitais. Em 2009, a rede extra-hospitalar tem 67,71% dos investimentos em saúde mental. Em 2010, cerca de 2,57% da verba do SUS é investida em saúde mental, sendo que alguns países chegam a destinar 10% de seus recursos em saúde para essa área (BRASIL, 2011).

Sobre a invenção da Saúde Mental Coletiva, Fagundes afirma que:

ocorreu no Rio Grande do Sul e este nome foi usado para marcar um lugar de construção, não de uma saúde mental em geral, mas de uma saúde mental das populações ou de uma saúde mental vinculada às ações preventivas, que neste estado é bastante forte, mas uma Política Pública de expressão e afirmação da vida em sua diversidade, multiplicidade e pluraridade (FAGUNDES, 2009: 95).

Para Sandra Fagundes¹⁶, “A Saúde Mental Coletiva é uma expressão surgida da intercessão entre saúde, educação e movimento social, por um cuidado com a vida” (JUNGES, 2014).

O novo paradigma proposto pela Saúde Mental Coletiva sugere o rompimento com a lógica alienante no processo de saúde-doença. O processo de desinstitucionalização e cuidado em território exige uma ação terapêutica com o olhar voltado para as pessoas e suas inter-relações com o cotidiano, abrindo espaço para um cotidiano repleto de desejos: de sair, de fazer, de ousar, de experimentar, de lutar, de romper, de compor, de inventar, de relacionar-se.

¹⁵Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2004).

¹⁶Psicóloga, gestora em saúde, militante e referência importante na construção da Saúde Mental Coletiva no Rio Grande do Sul e Brasil.

SAÚDE DO TRABALHADOR

Com o advento da Revolução Industrial, na primeira metade do século XIX, surge a Medicina do Trabalho na Inglaterra. “Naquele momento, o consumo da força de trabalho, resultante da submissão dos trabalhadores a um processo acelerado e desumano de produção, exigiu uma intervenção, sob pena de tornar inviável a sobrevivência e reprodução do próprio processo” (MENDES; DIAS, 1991: 341).

Este modelo, centrado na figura do médico, privilegia os interesses do empregador. Transfere-se ao médico, que é de confiança do empresário, a responsabilidade pela prevenção de danos oriundos dos riscos do trabalho, como também fica ao seu encargo a ocorrência de problemas de saúde dos trabalhadores. Diante a precariedade ou ausência de sistemas de assistência à saúde da população, os serviços médicos das empresas passam para uma função “compensatória”, criando e mantendo a dependência do trabalhador, e muitas vezes de seus familiares, “ao lado do exercício direto do controle da força de trabalho” (idem, 342). Este modelo é rapidamente adotado por outros países em processo de industrialização e depois por países periféricos.

Ressalta-se que a Medicina do Trabalho está fundada no exercício médico, sendo realizada preferencialmente nos espaços de trabalho. Com o intuito de adaptar o trabalhador ao trabalho e com vistas à melhoria da produtividade:

uma das características da Medicina do Trabalho, mantida, até hoje, onde predomina na forma tradicional: sob uma visão eminentemente biológica e individual, no espaço restrito da fábrica, numa relação unívoca e unicausal, buscam-se as causas das doenças e acidentes (GOMES; COSTA, 1997: 22).

Durante os anos que seguiram à II Guerra Mundial, trabalhadores industriais foram submetidos a condições exaustivas e dolorosas de trabalho, a fim de compensar a escassa oferta de mão de obra. Nesse contexto, a perda de trabalhadores por acidentes ou doenças provocadas pelo trabalho eram sentidas pelos empregadores e pelas seguradoras que arcavam com pesadas indenizações devido às incapacidades originadas no trabalho.

Então, coloca-se em pauta a parcial resolubilidade da Medicina do Trabalho na intervenção dos problemas causados para os processos de trabalho. Com a

pretensão de ampliar a intervenção no ambiente do trabalhador, a Saúde Ocupacional:

avança numa proposta interdisciplinar, com base na Higiene Industrial, relacionando ambiente de trabalho-corpo do trabalhador. Incorpora a teoria da multicausalidade, na qual um conjunto de fatores de risco é considerado na produção da doença, avaliada através da clínica médica e de indicadores ambientais e biológicos de exposição e efeito (GOMES; COSTA, 1997: 23).

Na primeira metade do século XX, principalmente nos Estados Unidos, as escolas de Saúde Pública se dedicam ao estudo e à pesquisa sobre a Saúde Ocupacional. No Brasil, esse processo acontece posteriormente.

Para Mendes e Dias, o modelo da Saúde Ocupacional não alcançou seus objetivos, pois:

- o modelo mantém o referencial da Medicina do Trabalho firmado no mecanicismo;
- não concretiza o apelo à interdisciplinaridade: as atividades apenas se justapõem de maneira desarticulada e são dificultadas pelas lutas corporativas;
- a capacitação de recursos humanos, a produção de conhecimento e de tecnologia de intervenção não acompanham o ritmo da transformação dos processos de trabalho;
- o modelo, apesar de focar a questão no coletivo de trabalhadores, continua a abordá-los como “objeto” das ações de saúde;
- a manutenção da saúde ocupacional no âmbito do trabalho, em detrimento do setor saúde (MENDES; DIAS, 1991: 344).

O conceito de Saúde do Trabalhador transcende as concepções e práticas hegemônicas da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional. O cenário das ações em Saúde do Trabalhador é a sociedade, com um enfoque coletivo, no qual o ator principal é o trabalhador (MENDES; OLIVEIRA, 1995).

O campo da Saúde do Trabalhador ganha corpo e força nas transformações sociais que emergem da segunda metade da década de 1960 no mundo (a exemplo de maio de 1968, a greve geral na França). Questionamentos sobre o sentido da vida, valores de liberdade, o uso do corpo e o significado do trabalho na vida, abalaram a confiança no Estado e a crença no “sagrado” e “místico” do trabalho, sustentados pelo cristianismo e o capitalismo (MENDES; DIAS, 1991).

Gomez e Lacaz nos lembram que, apesar de a maioria dos estudos feitos no Brasil sobre Saúde do Trabalhador nas décadas de 1970 e 1980, estarem voltados aos problemas de trabalhadores de categorias de “chão-de-fábrica”, como expressado na Lei 8.080/90 que menciona apenas trabalhadores industriais, estes

“não constituem a totalidade e nem, em termos de magnitude, representam os principais problemas atuais de saúde dos trabalhadores” (GOMEZ; LACAZ, 2005: 3).

Para Mendes, Wünsch e Camargo:

A Saúde do Trabalhador, portanto, inscreve-se no campo da saúde coletiva, exigindo a ação do Estado de forma a garantir atenção plena aos trabalhadores, no que se refere à vigilância, assistência e proteção social. Entretanto, por muitos anos, prevaleceu a concepção dos “riscos socialmente aceitáveis” na relação entre saúde e trabalho, além do modelo médico-hegemônico que acompanhou o modelo de trabalho industrial (MENDES; WÜNSCH; CAMARGO, 2011: 4).

Esta pesquisa olha para a Saúde do Trabalhador do campo da saúde mental articulada ao viés da Saúde Coletiva. A potência dessa articulação se dá, colocando o trabalhador como protagonista na avaliação de suas condições de trabalho e como proponente de melhorias para suas atividades de trabalho.

TRABALHAR NA SAÚDE

DENTRO DA ESTRUTURA DE UMA CIVILIZAÇÃO QUE ESCOLHEU LIMITAR A LIBERDADE

EM NOME DA SEGURANÇA, MAIS ORDEM SIGNIFICA MAIS MAL-ESTAR.

ZYGMUNT BRAUMAN

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2010), existem no mundo cerca de 59,8 milhões de trabalhadores em saúde. A OPAS pondera que mesmo que governos, agências internacionais e empresas afirmem reconhecer a importância crucial desses trabalhadores, existem debilidades no suporte garantido pela gestão dos sistemas às atividades desenvolvidas (OPAS, 2010).

Em 2013, o Ministério da Saúde, partindo do pressuposto de que a participação do trabalhador é fundamental para que o Sistema Único de Saúde se torne efetivo e eficaz, cria a “Gestão do Trabalho em Saúde”. “Dessa forma, o trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local” (BRASIL, 2014b).

Esta política busca a garantia de requisitos básicos de valorização do trabalhador em saúde e de seu trabalho, que não fazem parte das condições atuais dos trabalhadores em saúde do nosso país. São as condições básicas de valorização dos trabalhadores, elencadas pela Gestão do Trabalho em Saúde: Plano de Carreira, Cargos e Salários; vínculos de trabalho com proteção social; espaços de discussão e negociação das relações de trabalho em saúde, com mesas de negociação permanente e comissões locais de negociação de condições de trabalho; capacitação e educação permanentes dos trabalhadores; humanização da qualidade do trabalho (BRASIL, 2014b).

Soma-se a esse processo, a Política Nacional de Humanização (PNH) que aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade (BRASIL, 2009: 5)

A PNH contextualiza que em nosso país, com suas densas desigualdades socioeconômicas, o acesso aos serviços e aos bens de saúde permanece com várias lacunas, acrescentando a esse quadro, a “desvalorização dos trabalhadores de saúde, a expressiva precarização das relações de trabalho, o baixo investimento num processo de educação permanente desses trabalhadores, a pouca participação na gestão dos serviços e o frágil vínculo com os usuários” (BRASIL, 2006: 7).

Brito *et al.* (2011), amparados nos trabalhos de Georges Canguilhem e Yves Schwartz, falam das normas antecedentes e das renormatizações no campo do trabalho em saúde. Entendem que “o trabalhador se envolve na atividade com sua história singular, com seus valores e com uma capacidade instituinte que lhe permite transformar-se à medida que produz normas” (BRITO *et al.*, 2011: 26).

Estes autores nomeiam o conjunto de normas que balizam o trabalho nos serviços públicos de saúde: **normas ligadas aos saberes técnicos, científicos e culturais** (compreende diferentes concepções de saúde dos profissionais; códigos de ética profissional e regulamentações do exercício profissional; diretrizes, princípios e modelo de atenção do SUS; conhecimentos técnicos e científicos dos diferentes profissionais); **normas ligadas ao planejamento e à organização prescrita do trabalho** (envolve atribuições e rotinas prescritas aos profissionais e às equipes; formas de alocação de recursos e financiamento; formas de contratação e

remuneração dos trabalhadores; metas de produção e indicadores de qualidade; tecnologias disponíveis; protocolos de segurança); **normas ligadas ao trabalhador e aos coletivos de trabalho** (abrange ideais e anseios dos trabalhadores; regras acordadas entre trabalhadores, baseadas em valores compartilhados; saberes desenvolvidos pelos trabalhadores); e por fim **normas ligadas aos usuários** (entendidas como as demandas da sociedade e as exigências e expectativas dos usuários) (BRITO *et al.*, 2011).

Para Schwartz (2004):

[...] a questão da saúde pode parecer um pouco menos ligada à escala de valores do lucro, é verdade. Mas as normas, o ritmo de produção, os objetivos a serem cumpridos para a rentabilidade do investimento estão muito ligados à questão do lucro. Qual seria a consequência dessa ideia de atividade considerando-se a questão da prevenção, da saúde? Trata-se de saber se o trabalho real implica a execução estrita das normas antecedentes ou se, de fato, o trabalho real é uma espécie de negociação entre as normas antecedentes e a tendência à renormatização, em função do fato de as pessoas serem singulares, em relação ao coletivo. O trabalho real, na verdade, é o resultado das renormatizações, não da estrita aplicação e execução das normas. Ou melhor, é a 'execução' das normas através das renormatizações. Daí concluímos que os riscos para a saúde não podem ser antecipados somente a partir da análise das normas antecedentes, mas a partir do que se faz efetivamente com todas as normas sociais que pesam sobre o trabalho (SCHWARTZ, 2006: 462).

Para Lancman, “os trabalhadores assalariados, com medo do desemprego, passam a aceitar a precarização das condições de trabalho e flexibilização de direitos trabalhistas” (LANCMAN, 2004: 72).

A autora refuta a ideia de neutralidade no trabalho, sendo este um catalisador de sofrimento, colocando as pessoas em conflitos externos, nas relações sociais, de poder e contraditórias. Ao mesmo tempo em que é fonte de renda, oportuniza o crescimento e desenvolvimento psíquicos (LANCMAN, 2004).

Faremos aqui uma breve contextualização dos modos de contratação dos trabalhadores do SUS que coabitam com o regime estatutário que nos parece o mais indicado para os trabalhadores do SUS. Julgamos necessária esta explanação para que mais adiante possamos compreender os regimes de trabalho de nossos colaboradores. Coexistem modos de financiamento e convênios distintos que não são administrados diretamente pelo poder público. Para tanto, teremos o auxílio do professor Campos (2008):

- **Fundações Privadas:** é uma manobra de “privatização” de parte do SUS, sem de fato privatizar, pois não se realizam leilões públicos. Existe controvérsia jurídica quanto à legalidade das Fundações Privadas. Por obedecerem à legislação privada, essas fundações têm maior autonomia para realizar compras, na manutenção dos equipamentos e na contratação/demissão de pessoal (via regime CLT). No entanto, o orçamento público continua pagando parte do pessoal, os equipamentos e as instalações.
- A contratação de profissionais através do **convênio com organismos internacionais, universidades e entidades não governamentais e filantrópicas** é uma burla dos entes federados (Ministério, secretarias estaduais e municipais da saúde) para contornar as carências da política de pessoal do SUS e as restrições impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal. Campos (2008) chama esse improviso de equivocado e questiona sua legalidade. E argumenta: “esse tipo de arranjo tem permitido a expansão da cobertura assistencial e da capacidade de atendimento, sem que haja um projeto razoável para o pessoal integrante de um sistema tão complexo e estratégico”.
- Quando as secretarias de saúde delegam tarefas às **Organizações Sociais (OS)** – que são instituições privadas –, novamente realizam leilões nem licitações ou outros modos de seleção aberta entre as instituições interessadas. Os gestores elegem, de acordo com seus interesses, a OS que lhes convêm. Temos por histórico a seleção de organizações administradas por “gente de bem”, pertencente à elite econômica e política. Assim como as Fundações Privadas, as OS têm maior agilidade para investimentos e contratações.
- Nessa mesma linha, o governo de Luiz Inácio Lula da Silva criou suas OS: as **Fundações Públicas**. Entidades sindicais dos trabalhadores em saúde têm sido seus maiores críticos. “Pela legislação, o corpo de pessoal destas fundações teria contratação semelhante ao setor privado (CLT), sem estabilidade e aposentadoria especial” (CAMPOS, 2008).

Está posta no cotidiano do trabalho em saúde a precarização que envolve as contratações de seus trabalhadores, o subfinanciamento do sistema, assim como as incoerências dessa organização gerencial do SUS apontadas por Campos (2008).

Outro aspecto relevante no panorama do trabalho em saúde é o trabalho vivo em ato. Segundo Merhy:

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de Saúde junto a um usuário-paciente produz-se através de um ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas pessoas que atuam uma sobre a outra e no qual se opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de falas, escutas e interpretações, nos quais há produção de uma acolhida ou não das interpretações, nos quais há a produção de uma cumplicidade, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação (MERHY, 1998: 3).

Brito *et al.* (2011: 31) ressaltam que, no “trabalho em saúde mental, deve-se considerar o campo das disputas políticas em que os trabalhadores exercem suas atividades”. Sendo que:

A militância pode ser um importante apoio para a saúde no trabalho, na medida em que o trabalhador reconhece certos valores no meio trabalho também como seus. No entanto, pode ter um papel contrário quando toma forma do discurso da verdade única, impedindo que se admitam os problemas existentes e as necessárias ações para transformá-los (Idem).

Em sua tese de doutorado, Ramminger (2009) analisa coletivamente a atividade dos trabalhadores dos CAPS e, a partir de seu estudo, conclui:

Os trabalhadores entendem que há uma mudança em sua postura profissional, uma mudança na forma de se colocarem frente ao usuário, que também muda a forma como o usuário se relaciona com eles. Uma sabedoria “do corpo” não codificável, pouco “dizível”, mas que garante os diferentes espaços de cuidado dentro do Caps (RAMMINGER, 2009: 2010).

A Declaração de Caracas, publicada em novembro de 1990, é um marco no que se refere à reestruturação da oferta de cuidado em saúde mental nas Américas. É um documento consistente, mesmo que sucinto, que não se esquivava de abordar a questão dos trabalhadores em saúde mental:

Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria deve fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de

saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação (BRASIL, 2004: 12).

O professor Ricardo Ceccim aborda a necessidade que as reformas setoriais em saúde têm de organizar as ofertas políticas especificamente aos trabalhadores, de tal modo que o componente “Recursos Humanos” configure-se como área específica de estudos nas políticas públicas. E defende: “parece-nos impostergável assegurar à área da formação, então, não mais um lugar secundário ou de retaguarda, mas um lugar central, finalístico, às políticas de saúde” (CECCIM, 2005: 163).

Assim, como potência de amparo técnico, político e de crescimento profissional, a Educação Permanente deve fazer parte do dia a dia do fazer em saúde mental:

A Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, – implicando seus agentes –, às práticas organizacionais, – implicando a instituição e/ou o setor da saúde –, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde (CECCIM, 2005: 162).

Os trabalhadores em saúde mental habitam territórios interpostos pelo sofrimento alheio; pelo estigma da loucura; por espaços de disputas políticas; e em postos de trabalhos e contratações que, na maioria das vezes, consideramos insatisfatórios.

Os conceitos apresentados aqui formam a trama em que se entrelaçam nossos questionamentos e as reflexões de nossos colaboradores. A seguir, traremos à cena as considerações de profissionais sobre o processo histórico de construção da Saúde Mental Coletiva e de trabalhadores de CAPS sobre seus processos de trabalho.

GENEROSAS PALAVRAS

LEMBRO QUE AS XÍCARRAS DE PORCELANA FINA/FRÁGIL E DELICADAMENTE PINTADAS À MÃO FICAVAM GUARDADAS E CHAVEADAS NO “ARMÁRIO DAS PRECIOSIDADES”. ONDE INTACTOS MINHA AVÓ PRESERVAVA ALGUNS OBJETOS IMPORTANTES A ELA, QUE CONTRASTAVAM COM A SALA E A CASA QUE CARREGAVAM MARCAS DE SUA DOR. DOS 13 ANOS QUE CONVIVI COM ELA, UMA VEZ ELA ME SERVIU CHÁ NAS XÍCARRAS ESPECIAIS. ELA ESTAVA FELIZ E COMPARTILHOU COMIGO E MINHA PRIMA A SUA FELICIDADE. NAQUELE MOMENTO, SENTI QUE ALGO IMPORTANTE ACONTECIA, SENTI TODA A SUA GENEROSIDADE (ANA LUIZ RAUBER + MEMÓRIA).

RESGATES

A DESESTIGMATIZAÇÃO DA DOENÇA MENTAL É, PORTANTO, UM PROCESSO EM CURSO, QUE DEVE MUITO A DIVERSAS PESSOAS QUE LUTARAM E LUTAM PELA TRANSFORMAÇÃO DO PRECONCEITO EM UMA DIFERENÇA A SER RESPEITADA E ATÉ CELEBRADA

(GILBERTO GIL, IN AMARANTE, LIMA, 2008: 26).

Quando ingressei no campo da Saúde Mental Coletiva, acompanhei usuários egressos de longa permanência em hospitais psiquiátricos, a partir da minha condição de oficinaira num CAPS II. Eu percebia que o hospital psiquiátrico tinha deixado nessas pessoas marcas mais fundas do que as do próprio processo de adoecimento, marcas que ainda eram sentidas como feridas abertas e que a dor provocada por elas muito provavelmente permaneceria ainda por muito tempo. Tal percepção me levou a fazer uma pesquisa-intervenção com moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) que moravam no terreno ao lado da antiga instituição psiquiátrica.

O temor que os moradores dos SRTs tinham da instituição em que ficaram por anos se manifestava nos relatos de maus-tratos: agressões físicas, psicológicas, estupros, banhos gelados, as latrinas, as salas de observação que serviam para punir os internos, a padronização da rotina... Essa unidade psiquiátrica foi interdita em setembro de 2005 por violar direitos humanos e por suas péssimas condições físicas. Hoje faz uma década – ainda me parece difícil acreditar que tais monstruosidades ocorriam num passado não distante e após a promulgação das leis e portarias que reorientam o cuidado em saúde mental –, mas para essas pessoas ainda é algo vivo, ainda fere.

Nas minhas vivências em CAPS e em oficina de saúde mental no território, chamou-me a atenção que o comprometimento do desempenho ocupacional¹⁷ das pessoas que estiveram institucionalizadas por muitos anos era muito maior do que o

¹⁷Termo utilizado pela terapia ocupacional, que resulta das relações entre a **pessoa**, englobando os aspectos físicos, afetivos, espirituais e cognitivos; o **ambiente** que é influenciado pelos componentes físicos, sociais, culturais e institucionais; e as **ocupações** que envolvem as atividades de autocuidado, produtividade e lazer (LAW, 2009).

das pessoas que tiveram internações breves e o cuidado no território. Isso independentemente dos transtornos mentais que as acometiam. Existia outra doença que precisava ser erradicada: a institucionalização. Ficava cada vez mais claro para mim que só existe cuidado em liberdade.

Convidamos algumas pessoas que fizeram parte do processo histórico de militância pela Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul a compor argumentações em nossa pesquisa. Nossa primeira questão foi: **quais eram as mudanças esperadas e por que mudar?**

Nossa luta inicial era pela garantia dos direitos humanos dos usuários internados nos hospícios do Brasil, era fim da ditadura e fizemos um grande movimento social de usuários, trabalhadores, sindicalistas, familiares na luta pelos direitos humanos. Pouco apontávamos sobre mudança no cuidado. Foi e é um grande movimento social e, na história mundial de reforma psiquiátrica, a brasileira diferencia-se por nascer e ser um movimento social e não institucional/governamental. Eu inclusive digo, nosso movimento é transformador em saúde mental e menos reforma psiquiátrica. O que propúnhamos, e ainda lutamos, é pelo cuidado em liberdade e a superação dos manicômios, em linhas gerais. O manicômio que aprisiona não é capaz de tratar. Esta é a mudança paradigmática que propomos e muito já conquistamos (Fátima Fischer).

*Múltiplas mudanças: **Culturais** - conceito de loucura, superação do estigma das pessoas com transtorno mental, fazer caber a loucura e o louco na cidade. **Sociopolíticas** - outro contrato social com as pessoas em sofrimento psíquico: inclusivo, afirmativo de direitos. **Epistemológica e tecnológica** - paradigmas psicossociais, antropológicos, da autopoiese, da complexidade no entendimento do sofrimento humano, bem como a produção de cuidado em liberdade em equipes inter e transdisciplinares (Colaborador A).*

Uma de nossas colaboradoras é do município de Alegrete, situado nos pampas gaúchos, com uma população de 77.653 habitantes (IBGE, 2015). Alegrete conta atualmente com uma estrutura de atenção psicossocial diferenciada, funcionando como um Sistema de Atenção Integral à Saúde Mental/SAIS. Com CAPS II, CAPS AD, CAPSi, Serviço Residencial Terapêutico/SRT, leitos e oficinas terapêuticas e de

atividades físicas junto ao hospital geral/SAIS Casa, terceiro turno em saúde mental/agregando técnicos dos três CAPS, oficinas terapêuticas no território, duas Associações de Usuários e familiares, uma delas localizada na zona rural, Grupos de Apoio e Suporte Mútuos em Saúde Mental em Estratégias de Saúde da Família, Oficina de Geração de Renda. O município apresenta forte atuação nas intervenções políticas e culturais para o diálogo entre usuários de serviços de saúde mental, familiares, trabalhadores e sociedade, tendo como ponto alto a Parada Gaúcha do Orgulho Louco¹⁸, onde recebe militantes do estado, do Brasil e do mundo. Judete Ferrari nos conta sobre esse processo em seu território:

No final da década de 1980, a realidade da atenção psicossocial, em nosso município, era de:

- *Encaminhamentos aos hospitais psiquiátricos e atendimento aos pacientes egressos deste.*
- *O sistema público de saúde, somente internava casos agudos e graves, que exigiam internações hospitalares.*
- *Os atendimentos consistiam, na sua maioria, de prescrição de medicação e acompanhamento de seu uso.*
- *Quem necessitava de acompanhamento psicológico e social tinha que se socorrer no sistema privado.*
- *Não tínhamos trabalhos de prevenção dos agravos e dos sofrimentos psíquicos.*
- *A saúde tinha preocupação, majoritária, com problemas orgânicos.*

Era necessário:

- *Abordar a questão do sofrimento psíquico como algo possível de ser superado, levando em consideração as dimensões social e familiar.*
- *Desmistificar o louco e a loucura.*
- *Superar o estigma e o preconceito.*
- *Constituir serviços e acolhimento o mais próximo das residências dos usuários, evitando, assim, a desterritorialização.*
- *Ampliar a clínica e cuidar dos cuidadores.*

¹⁸A Lei 14.783/15 instituiu a celebração estadual da Parada do Orgulho Louco anualmente na última sexta-feira do mês de outubro. A partir desta lei, o evento passou a integrar o calendário oficial do Rio Grande do Sul.

Ao compreender um pouco melhor as intenções desse processo histórico no Rio Grande do Sul, investimos em entender a preocupação, se existia, com a saúde do trabalhador nesse processo. Então, quisemos saber quais eram as condições de trabalho dos trabalhadores no período anterior às ações de reformulação do cuidado em saúde mental e também se havia alguma proposta de cuidado com os trabalhadores.

Para mim, as questões dos trabalhadores era e é fundamental. Em todas minhas ações/trabalhos/projetos tenho como prioridade a questão do cuidado e da formação dos trabalhadores. Trabalho com o cuidado em ato, fazendo junto para um aprendizado coletivo. É fundamental. Na época, a formação era a tradicional que pouco ou nada vinha sendo acompanhado pela academia e pelos cursos de técnico de enfermagem, então a distância era enorme e as práticas hospitalocêntricas, era, então o maior desafio. Quando do início da Reforma, nos colocamos numa outra relação no/do cuidado e assim, geradora de novos tensionamentos, que se não acompanhados e cuidados é também gerador de muito sofrimento. Sai a contenção física/química no cuidado e entra o 'corpo' do trabalhador de saúde mental. Exige educação continuada, muito acompanhamento. Em todo processo que pude exercer o trabalho com os cuidadores (gestão, direção, terapeuta), os trabalhadores respondem muito bem à formação e ao cuidado de si (Fátima Fischer).

Na época, pensava-se em alguma ação de cuidado com o cuidador?

Sim. Há muito que a reforma psiquiátrica começa a ocupar-se do cuidado com o cuidador, embora haja um descompasso nas gestões e muitas vezes não há um cuidado como é necessário. Sem o cuidador não há mudança que seja possível (Fátima Fischer).

Produzir apropriação do trabalho e de seu lugar social: trabalhadores protagonistas de suas próprias mudanças, com autoria, transformando-se em atores sociais. Gerar sujeitos militantes sociopolíticos (Mario Testa, Sandra Fagundes – dissertação [2009]). Investir na formação contínua (cursos de saúde mental coletiva, residências integradas), criar coletivos de trabalho e de militância social (Fórum gaúcho de

saúde mental), criar rede de serviços em saúde mental a partir da política nacional de saúde mental de modo interfederativo: união, estados e municípios. Serviços com condições adequadas de trabalho com produção colegiada de gestão e cuidado (Colaborador A).

CUIDADO DE QUEM CUIDA

Em nossa pesquisa, contamos com a colaboração de 14 trabalhadores da assistência em saúde mental, lotados em sete Centros de Atenção Psicossocial (tipo II, AD e i) e duas equipes de Apoio Matricial, totalizando nove serviços de cinco cidades da Região Metropolitana de Porto Alegre, sendo que uma colaboradora trabalha em dois CAPS do mesmo município. As áreas de formação dos participantes são: educação física, enfermagem (técnico e superior), medicina, psicologia e terapia ocupacional.

Buscamos, nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde, diretrizes para as boas condições de trabalho dos trabalhadores em saúde mental. Pois, no Brasil, desde a década de 1980, as Conferências Nacionais de Saúde Mental refletem debates cotidianos e sintetizam de forma democratizada a construção por modos de cuidado em saúde mental, com um aparato de redes que superem a lógica hospitalocêntrica e estigmatizante, a partir de um processo iniciado nos anos de 1970.

A primeira Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), realizada em 1987, coloca em pauta a violação dos direitos humanos e critica o modelo hospitalocêntrico. A II CNSM traz inquietações a partir da “frustração histórica de suas expectativas por melhorias da qualidade de vida com justiça social” e reivindica garantia de direitos adquiridos pela Constituição de 1988 (BRASIL, 1994: 5). Propõe como temas centrais: a discussão da rede de atenção em saúde mental; a transformação e o cumprimento de leis; e o direito à atenção e à cidadania. A III CNSM, realizada pouco menos de um ano após a aprovação da Lei Federal de

Saúde Mental 10.216 de 6 de abril de 2001¹⁹, teve como tema *Cuidar, sim. Excluir, não – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social*. A IV CNSM (2010), a primeira intersetorial, com o tema *Saúde Mental - direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios*, “permitiu a convocação não só dos setores diretamente envolvidos com as políticas públicas, mas também de todos aqueles que têm indagações e propostas a fazer sobre o vasto tema da saúde mental” (BRASIL, 2010: 7).

Em todas as edições, as Conferências afirmaram a necessidade de criar condições para que as atividades exercidas pelos trabalhadores em saúde mental fossem ressignificadas. Destacam formas de contratação estáveis (preferencialmente via concurso público), investimento em Educação Permanente, regulação da carga horária de trabalho, isonomia salarial entre trabalhadores com o mesmo nível de escolaridade.

Entre os princípios e as diretrizes apontados pelo relatório final da III CNSM:

A construção e consolidação de uma política de saúde mental coerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica requer o estabelecimento de uma política adequada de recursos humanos, integrada nos 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 (BRASIL, 2002: 67).

Para tanto, abordamos questões que acreditamos tocar nos pontos mencionados acima, a fim de identificar as condições de trabalho dos colaboradores que refletem no exercício ético da profissão citado pela III CNSM.

★

Perguntamos aos nossos colaboradores se havia **isonomia salarial** entre as equipes em que trabalham. Somente nas equipes de Apoio Matricial, que não contam com profissionais da medicina, há isonomia entre profissionais com o mesmo nível de formação. Todavia, em outras equipes também há desigualdade de remuneração entre profissionais de outras áreas da saúde. Alguns trabalhadores mencionam desconforto entre colegas da equipe pela remuneração diferenciada. Pauta-se também a contradição da gestão, quando se espera que a equipe trabalhe

¹⁹Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

de forma interdisciplinar, mas diferencia salários entre os trabalhadores com o mesmo nível de formação.

★

Então, quisemos saber se estes estavam satisfeitos com sua **remuneração**...

Não considero adequada devido à imensa carga de atribuições que temos que realizar como técnicos em enfermagem. Comparando a remuneração do nível superior, realizamos as mesmas funções e mais as atribuições da enfermagem (Menta).

Não considero adequada a remuneração para minha função. Tem profissionais que trabalham menos horas e ganham uma remuneração maior. Por exemplo, tem profissionais que trabalham 12 horas e recebem mais da metade do que ganho trabalhando 40 horas. Acredito ainda que meu trabalho, comparado a essa categoria profissional (psiquiatria) é algo mais complexo (trabalho com o usuário, com a família, rede do usuário, acompanhamento processo de medicação, VD, entre outros) e que demanda mais trabalho e investimento, logo deveria ser mais valorizado financeiramente. Há diferenças salariais principalmente comparadas à categoria médica, o que considero injusto. Muitas vezes me incomoda quando percebo que sou exigida para funções que essa categoria profissional não consegue “dar conta” e que recebe uma remuneração a mais que a minha. Outra diferença salarial é entre as categorias de nível superior não médicas. Acho injusto ter diferença entre categorias que cumprem a mesma função dentro do serviço. Acho que as categorias profissionais deveriam receber a mesma remuneração (Melissa).

De forma direta, acredito que, caso recebesse o salário de um médico, seria remunerado adequadamente. Afinal não trabalhamos como equipe multiprofissional e de forma interdisciplinar? O que difere pra cada núcleo profissional quanto à contribuição do cuidado em saúde? Enquanto houver diferença salarial em uma equipe multiprofissional, acredito que seguiremos na lógica da subordinação (Gengibre).

O único profissional que mencionou estar satisfeito com sua remuneração foi o

da medicina e este salienta: “Penso que é um valor que os demais trabalhadores de nível superior deveriam receber” (Hortelã). A insatisfação com a remuneração é unânime entre os demais profissionais. Profissionais de dois municípios diferentes reconhecem que a sua remuneração é maior se comparada aos demais municípios da região. No entanto, enfatizam que estão aquém do que consideram adequado para o trabalho que realizam. Uma trabalhadora mencionou ainda assumir a função de coordenadora do serviço e não receber remuneração diferenciada para exercer o cargo. Entre as razões da insatisfação, os trabalhadores ressaltam a complexidade do trabalho, o elevado grau de exigência, a responsabilidade com o público atendido, o contato constante com casos graves e de sofrimento psíquico intenso e o desgaste físico e mental. Sobressaem no discurso o sentimento de sobrecarga, desvalia e injustiça.

Sobre o diferencial na remuneração da categoria médica, presente em todos os campos da área da saúde, compreendemos aqui que culturalmente temos instalado um Modelo Médico Hegemônico. Este é entendido como:

[...] o conjunto de práticas, saberes e teorias gerados a partir do desenvolvimento do que se conhece como medicina científica, que desde os fins do século XVIII vem estabelecendo como subalterno o conjunto de práticas, saberes e ideologias teóricas, até então dominantes nos grupos sociais, até se identificar como única forma de entender a doença, legitimada tanto por critérios científicos, como pelo Estado (MENÉNDEZ, 1988: 451)²⁰.

Apesar deste modelo já receber críticas, dado suas falhas evidentes, seus resquícios ainda imperam em nossos cotidianos, sendo traduzidos na Medicalização²¹ e na supremacia da classe médica diante outros profissionais da área da saúde. Desde a década de 1970, “se evidenciam as limitações ou diretamente o fracasso da intervenção médica e psicológico-psiquiátrica nos principais problemas de saúde mental: alcoolismo, drogadição, depressão, suicídio...”²² (MENÉNDEZ, 1988: 457). Sabemos hoje que os problemas de saúde mental devem ser tratados com o amparo de profissionais de múltiplas profissões, de forma intra e intersetorial, tendo o usuário e sua rede de apoio como

²⁰Tradução própria.

²¹Sendo este o processo de captura da medicina sobre os modos de viver, ditando a construção de conceitos, regras de higiene, incidindo sobre comportamentos sociais e com costumes prescritos (sexuais, alimentares, de habitação...) (LUZ, 1988).

²²Tradução própria.

protagonistas. A função dos profissionais de saúde é auxiliar no agenciamento dessa rede. Não conheço experiências bem-sucedidas nas intervenções médico-centradas.



Sobre os **vínculos empregatícios**... Em dois municípios a única forma de contratação é via Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), através da contratação de uma fundação de direito privado e uma associação de usuários de familiares de saúde mental. Em um dos municípios, todos dos os profissionais envolvidos diretamente com a assistência ao usuário são concursados em regime estatutário. Nos demais municípios, coabitam, num mesmo serviço, profissionais concursados, cooperativados e pagos via Recibo de Pagamento a Autônomo (RPA). Em um dos municípios, um profissional ainda não tinha seu contrato de trabalho formalizado, apesar de estar há alguns meses trabalhando. Os trabalhadores falam da importância da garantia de direitos trabalhistas, da estabilidade e de sentirem-se protegidos em relação à continuidade de seus contratos. O sentimento de ansiedade e insegurança foram presentes quanto às contratações menos estáveis. E o sentimento de segurança e pertencimento ao serviço é marcado pelos trabalhadores estatutários. Uma trabalhadora salientou que, ao mesmo tempo, percebe cobranças maiores, por parte da gestão, em relação aos profissionais concursados.

Não percebo diferença em relação à forma de contratação enquanto concursada, mas sim aos profissionais contratados, visto que não há estabilidade, portanto para alguns parece ser mais ansiogênico (Anis).

Percebo que, sendo estatutária, tenho mais garantias de direitos, como férias e 13º salário comparado à contratação via RPA. Mas também parece que tenho mais responsabilidades a responder pelo serviço, como, por exemplo, assumir a coordenação, pois se valoriza²³ que seja estatutário, e ser representante do serviço em alguns espaços, pois se entende que estatutário ficará um tempo mais prolongado comparado ao celetista e RPA. Sinto que o estatutário é visto de outra forma, pois não tem o risco de ser demitido, parece mais “pertencente” ao serviço

²³Sem diferencial de remuneração.

(Melissa).

Acredito que quanto à valorização como profissional tem impacto, pois alguns contratos são fragilizados em relação aos profissionais estatutários e, em meu caso, o bom senso do contratante (no caso a prefeitura municipal) define tal valorização. Em alguns contratos não são garantidos (o meu, por exemplo) direitos trabalhistas (como, por exemplo, insalubridade e fundo de garantia) pelo contratante, o que obriga os trabalhadores interessados a buscarem seus direitos por meios legais. Acredito que tal fato ilustra uma desvalorização do trabalhador. Quanto às relações com minha equipe, acredito que minha forma de contrato não interfira (Gengibre).

Meu vínculo empregatício é regime estatutário. Há três formas de contratação, percebo impactos devido aos benefícios que o regime estatutário tem, diferente das outras formas de vínculo empregatício. Nas relações de trabalho, não percebo diferenças ou até mesmo “estranhamentos” (Erva-mate).

Somos todos concursados, com exceção dos profissionais da limpeza e portaria. Acredito que o fato de sermos concursados ofereça maior segurança e continuidade no desenvolvimento do trabalho (Lavanda).

★

Quanto à **carga horária** de trabalho, 9 trabalhadores têm jornada de 40 horas semanais. Eles a consideram exaustiva, desgastante e inadequada ao trabalho na assistência em saúde mental. A exceção é uma trabalhadora que exerce a função de coordenadora de uma equipe de Apoio Matricial e julga ser importante para sua função a jornada de 40 horas. Os demais trabalhadores realizam jornada de 24, 26 e 30 horas semanais, que também julgam que uma carga horária superior a 30 horas semanais não é indicada para a assistência em saúde mental.

Atualmente são 40h semanais. Até poucas semanas atrás eram 42h semanais. É exaustivamente desgastante trabalhar essa carga horária na Saúde Mental, diante de tanto sofrimento e todas outras situações que envolvem o trabalho na infância e adolescência (abuso sexual, outros tipos de violência; dependência química; negligência e abandono; vulnerabilidade social; violação de direitos das crianças e

adolescentes, além das próprias questões de saúde e doença mental). Muitas vezes me sinto exausta, após tantos atendimentos, pois, para dar conta da demanda que se apresenta, é necessário agendar muitas escutas para um mesmo turno. Me questiono algumas vezes o quanto estou “inteira” e realizando um atendimento com qualidade para o usuário. Não há tempo para planejamento das ações, espaço para estudos, educação permanente, pois a demanda diária ocupa este tempo [...] (Erva-doce).

[...] Acho que num Caps jornadas acima de 30h não são bons indicadores de qualidade de serviço (Hortelã).

[...] Considero adequadas jornadas de 30 horas semanais ou menos, devido à complexidade do trabalho realizado. Carga horária maior que isso acaba gerando um nível de estresse muito grande no trabalhador, que necessita de mais tempo de repouso diário (Anis).

30 horas. Sim, considero adequada. Se o serviço estiver com a equipe mínima prevista em portaria essa carga horária é adequada para dar conta da demanda sem sobrecarregar o trabalhador como geralmente acontece numa carga de 40 horas (Canela).

Minha jornada de trabalho semanal é de 40 horas. Não a considero adequada. Acredito que poderia trabalhar menos horas. Sinto que um trabalho no CAPSi é “pesado”, exige muito da saúde mental dos profissionais e da equipe como um todo. São situações graves que demandam energia para se estabelecer um cuidado adequado ao usuário. A demanda muitas vezes é grande e a quantidade de casos que cada profissional se responsabiliza muitas vezes desgasta a saúde e a relação entre a equipe também fica afetada negativamente. Me sinto muitas vezes cansada e sem energia para cuidar adequadamente de todos os casos que me responsabilizo (Melissa).

40 horas semanais. Considero uma jornada extremamente inadequada e insalubre, visto que o trabalho em saúde mental exige uma dedicação que muitas vezes nos leva aos limites de nossa própria saúde física e mental, muitas vezes (Erva-mate).

Minha jornada de trabalho é de 40 horas semanais, não considero adequada devido à impossibilidade de conseguir realizar outras atividades. Geralmente nós, técnicos em enfermagem, perseveramos outra formação, mas devido à intensa jornada de trabalho, acaba por dificultar os estudos (Menta).

40 horas. Não considero adequada. Pela minha experiência, qualquer trabalhador de saúde deveria trabalhar até 30 horas. Os profissionais da saúde mental ainda mais, visto os estressores inerentes à sua prática (Poejo).

A minha carga horária de trabalho é de 30 horas semanais. Considero adequada para o trabalho em um CAPS, mas não para o trabalho em dois serviços (CAPS II e CAPS AD) faço hora extra (Lavanda).

Outra questão levantada por uma trabalhadora foi o o fato de alguns municípios não cumprirem as leis de profissões específicas que estabelecem a carga horária dos profissionais. Temos os exemplos da Lei 12.317/2010 que define a jornada máxima de trabalho de assistentes sociais em 30 horas semanais sem redução salarial; e a Lei 8.856/1994 que fixa a jornada de trabalho dos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais em 30 horas semanais. Sabemos dos movimentos de outras profissões como a psicologia e a enfermagem, que também querem regulamentar a jornada de trabalho em 30 horas.

Em todos os serviços prestados pelos nossos colaboradores, a equipe organiza espaços de **Educação Permanente**. Somente um município permite que seus trabalhadores participem de eventos, cursos, pós-graduação, com liberação de carga horária e incentivo financeiro. O incentivo financeiro é eventual. Outro município possibilita liberação de carga horária sem incentivo financeiro. Nos outros três municípios, não há liberação de carga horária, tampouco incentivo financeiro. É importante salientar que todos os trabalhadores participam de espaços de Educação Permanente em diferentes contextos, assim como garantem que esses espaços ocorram no interior de seus serviços.

Para Ceccim (2005):

Tradicionalmente, falamos da formação como se os trabalhadores pudessem ser administrados como um dos componentes de um espectro de recursos, como os materiais, financeiros, infraestruturais etc. e como se fosse possível apenas “prescrever” habilidades, comportamentos e perfis

aos trabalhadores do setor para que as ações e os serviços sejam implementados com a qualidade desejada. As prescrições de trabalho, entretanto, não se traduzem em trabalho realizado/sob realização (CECCIM, 2005: 163).

★

Os trabalhadores acreditam que seu **trabalho está em consonância com a Reforma Psiquiátrica**, embora em alguns casos ponderem que não esteja em sua totalidade. Eles afirmam o cuidado em liberdade, a atenção à crise, a redução das internações, o trabalho intra e intersetorial, a (re)inserção social, o Apoio Matricial, ações de promoção e prevenção, investimento no protagonismo dos sujeitos, a clínica interdisciplinar, a articulação de rede, a não medicalização das questões de saúde mental, a construção de Projetos Terapêuticos Singulares, o trabalho com a família e a rede do usuário, reconhecem o CAPS como espaço de formação de profissionais (acolhendo também programas de residência e estágios), a utilização de recursos terapêuticos variados incluindo expressivos, lúdicos e artísticos... É parte do fazer em Saúde Mental Coletiva lançar mão de recursos terapêuticos que estimulem a criação, a ousadia, que interfiram no imaginário das pessoas e estimulem a produção de novas culturas de cuidado.

No CAPSi, trabalhamos numa via de saúde mental não focada na medicalização da infância e adolescência. Trabalhamos com o lúdico, com a expressão artística e criativa dos usuários, assim como, o trabalho direto com a família e com a rede do usuário. Também nos preocupamos em não patologizar questões sociais e/ou da infância, buscamos um trabalho na atenção básica, nas escolas com apoio matricial e interconsultas. Respeitamos as escolhas dos usuários e familiares, consideramos suas opiniões para elaboração dos seus projetos terapêuticos dentro do CAPSi. A questão da autonomia do usuário dentro de um CAPSi é diferente dos adultos, pois os responsáveis são os pais. Trabalhamos com a visão de autonomia dentro do processo subjetivo e de ciclo de vida dos usuários em conjunto com os pais ou responsáveis (Melissa).

A equipe é dividida em duas partes: uma parte segue os princípios da reforma, a outra questiona bastante tais diretrizes e costuma atuar de forma bastante burocrática, sendo pouco acolhedora com os usuários novos e tendo posturas tutelares com os que já se encontram no serviço (Anis).

No CAPS II: buscamos trabalhar na lógica da autonomia e empoderamento do usuário, bem como problematizar a questão da loucura no município nas nossas práticas; colocar o cuidado no CAPS com perspectivas estéticas e políticas, incluindo os aspectos clínicos; dar voz ao cidadão com sofrimento intenso, bem como acolher a família e a rede afetiva que o circunda. Busco pautar a formação dos residentes nessa perspectiva, já que sou preceptor de um programa de residência (formação em serviço) (Poejo).

Tento junto com a equipe desenvolver o meu trabalho de acordo com os princípios e diretrizes da reforma psiquiátrica, reabilitação psicossocial, redução de danos e direitos humanos. No desenvolvimento de práticas articuladas no território e em rede, ofertando práticas de cuidado em liberdade, evitando internações em hospitais psiquiátricos, construindo projetos terapêuticos singulares, provendo autonomia, inclusão social e de inclusão pelo trabalho e na realização da atividade de matriciamento (Lavanda).

★

Sobre o **ambiente físico**, aparecem como características de todos os serviços os pontos nos quais os trabalhadores têm ingerência, como criar espaços acolhedores e cuidar da limpeza do local. Porém, as outras características que mais apareceram foram as da estrutura física que necessita de reparos e dos insumos insuficientes ou improvisados. Um trabalhador especificou que faltam, inclusive, materiais para desenvolver oficinas.

Para a manutenção dos espaços e da disponibilidade de recursos terapêuticos nos ambientes dos CAPS, um grande cuidado que devemos ter é não distorcer a importância das qualidades que buscamos num trabalhador da área a favor da aceitação da precariedade, a exemplo da criatividade e pró-atividade. Foi apontado pelos trabalhadores dos cinco municípios que, em seus serviços, faltam insumos ou estes são improvisados. Os almoxarifados das secretarias municipais de saúde não são supridos com materiais de uso rotineiro para as oficinas e os grupos de saúde mental. Todos esses materiais exigem compras próprias que envolvem procedimentos burocráticos para sua aquisição. Por maior que seja o planejamento

das equipes, não são raras as ocasiões em que faltam materiais e que sua reposição é incompleta.

Para um evento de saúde mental do município onde eu trabalhava como oficinaira, foi-nos delegada a tarefa de fazer “a arte” dos convites. Expliquei ao coordenador de saúde mental na época, que há muito eu optava por não realizar atividades plásticas no serviço – simplesmente por não haver insumos para realizar tais atividades e que no momento as oficinas em curso estavam em outros processos, tornando difícil contextualizar a atividade. Sem escuta, minha missão era a de cumprir a tarefa.

Como era um evento de saúde mental que se propunha a discutir sobre redes, fizemos naquela semana oficinas abertas que discutiam o tema de redes de cuidado em saúde mental. Utilizamos cartolinas usadas e reciclamos esculturas de argila quebradas, amolecendo-as e transformando-as em “tinta”. Inserimos na discussão o conceito de ressignificação. De grandes painéis construídos coletivamente, fizemos pequenos cartões que eram fragmentos de algo maior e que ininterruptamente poderiam ser acrescidos de outros novos fragmentos.

Tal atividade forneceu mais argumentos aos usuários que participaram do debate no evento mostrando propriedade e empoderamento ao conceito de rede. Missão cumprida! No final do evento, o coordenador parabeniza a arte terapêutica de outro serviço que comprara materiais com recursos próprios e havia pré-montado a aplicação dos convites. Eu não esperava elogios pelos cartões. Eu estava orgulhosa ao ver o debate e sabia como a atividade realizada em nossas oficinas tinha sido interlocutora de reflexões tão potentes. Mas eu esperava e merecia respeito enquanto trabalhadora. Assim como os usuários do serviço tinham o direito de experimentar recursos terapêuticos diversos. A minha colega, embora ignorasse, também não merecia ser tratada de tal modo. Despender recursos próprios para driblar a carência de recursos no serviço não é tarefa do trabalhador. Os CAPS têm recursos financeiros destinados a sua manutenção e estes devem ser aplicados com transparência e seriedade. Preferencialmente com a coparticipação e gestão dos trabalhadores e usuários elencando prioridades.

Sobre o termo “Ambiência”, a PNH nos ampara na sua conceituação:

Ambiência na Saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana.

Ao adotar o conceito de Ambiência para a arquitetura nos espaços da Saúde, atinge-se um avanço qualitativo no debate da humanização dos territórios de encontros do SUS. Vai-se além da composição técnica, simples e formal dos ambientes, passando a considerar as situações que são construídas. Essas situações são construídas em determinados espaços e num determinado tempo, e vivenciadas por uma grupalidade, um grupo de pessoas com seus valores culturais e relações sociais (BRASIL, 2010: 5).

A partir das minhas vivências nas aulas do Mestrado, propus à equipe do CAPS II onde trabalhei mais recentemente que experimentássemos traçar um planejamento para o serviço, baseado nos conceitos do Planejamento Estratégico em Saúde proposto por Matus (1993; 1997) e Testa (1987).

Um dos aspectos que elencamos como prioridade de intervenção foi o da Ambiência. Porém, notamos que a maioria de nossas demandas esbarrava no quesito da governabilidade. Eram poucos os movimentos que ainda poderíamos fazer. Pois, cotidianamente reinventávamos os espaços do nosso serviço, improvisávamos e, juntamente com os usuários, tentávamos deixar o ambiente mais acolhedor, dinâmico e seguro.

Atrás desse CAPS tem uma praça que usávamos com frequência. Cordialmente a compartilhávamos com os moradores do bairro, os moradores da praça e os trabalhadores do tráfico de drogas. Acredito que compúnhamos bem nesse espaço. Mas nossa preocupação maior era com os usuários em franca crise. Deixá-los restritos ao ambiente interno do serviço muitas vezes gerava tensão e ansiedade nesses usuários e conseqüentemente na equipe. Acompanhá-los à praça muitas vezes era expô-los e negligenciar seu cuidado.

Em nosso planejamento, sistematizamos e descrevemos como reivindicar e acompanhar o nosso pedido por um acesso ao ambiente externo que garantisse o conforto e a segurança dos usuários e da equipe. Envolvemos usuários e familiares e formalizamos um documento, registrando por escrito o nosso pedido, já que o pedido verbal, com suas devidas argumentações, havia sido feito inúmeras vezes. Também efetuamos ações de monitoramento do andamento desse processo.

Há poucos dias, enquanto eu estava envolvida com a finalização da minha escrita da dissertação, e quase dois anos após a sistematização de nosso pedido,

recebo uma foto e uma mensagem de texto dos meus antigos colegas de trabalho com o retorno positivo e a concretização do espaço solicitado.

Claro que me dá satisfação tal retorno, tanto pelo afeto, quanto por saber da luta de todos envolvidos nessa conquista. Mas também, fica-me evidente que a morosidade e burocracia desses processos desgasta. E novamente evidencia-se a sensação de desamparo aos trabalhadores e aos usuários dos serviços de saúde mental.

★

Perguntamos aos colaboradores se eles consideram que **o trabalho que realizam tem impacto na saúde deles** e de que forma:

Sim, produzindo muito estresse (Jasmim).

Sim. Em momentos onde há mais tensionamentos, costumo ter sintomas gástricos e dificuldade para dormir (Hortelã).

Um pouco. As condições físicas de trabalho de uma certa forma me deixam mais vulnerável e suscetível a ficar doente. Além disso, o processo de trabalho, quando é tensionado, tende a me afetar emocionalmente, deixando-me, por vezes, mais desanimada, desmotivada, com a sensação de cansaço (Anis).

Sim. Acredito muito na correlação entre adoecimentos (de diversas ordens) e os fatores emocionais. Já me senti muitas vezes fragilizada, não pelo trabalho direto com o usuário, mas pelos desgastes com equipe e também com gestores (Canela).

Sim. Pela densidade e intensidade da demanda. Muitas equipes para serem matriciadas e muito adoecimento da população. E pelas dificuldades relativas à estrutura - transporte, escassez de espaços físicos e de recursos humanos nas unidades de saúde (Calêndula).

Sim, muita demanda para uma equipe pequena, pouco recurso... (Alecrim).

Passo a maior parte das minhas horas da semana no trabalho, logo isso me afeta. Não tem como desconectar trabalho da saúde, pois ali é o meu corpo, a minha mente, as minhas emoções que estão sendo afetadas diariamente. Muitas vezes a

intensidade de um trabalho no CAPSi faz com que os casos sigam no corpo e na mente mesmo após o horário de trabalho (Melissa).

Sim, penso que todo trabalhador de saúde mental é afetado pela intensidade e complexidade das variadas situações em seu contexto de trabalho, sendo elas as relações na equipe, comunicação com a rede intersetorial, entraves e barreiras com questões municipais e o cuidado em saúde com os usuários do serviço. Por vezes nós trabalhadores ficamos mais fragilizados com a intensidade das situações, e o estresse, creio eu, é um dos sinais de impacto na saúde do trabalhador (Gengibre).

Impacta na saúde física, na medida em que muitas vezes, por se tratar de um trabalho cujo instrumento principal é a fala, nos esquecemos do próprio corpo, ao ficarmos apenas debatendo ideias, conceitos e elementos no nível mental. Devido ao excesso de reuniões, costumo ter dores no corpo, por ficar excessivamente cansado. O excesso de reuniões leva também ao excesso de consumo de café, que também impacta no nosso comportamento, nos deixando mais agitados. O trabalho direto com o sofrimento dos usuários, com o sofrimento dos colegas de trabalho que sofrem por não conseguir acolher o sofrimento dos usuários, nos causa sofrimento, muitas vezes. Ficamos pensando nas coisas que aconteceram durante a rotina de trabalho, mesmo depois que já voltamos pra casa, o que provoca um intenso desgaste mental. Costumamos brincar entre colegas que deveríamos receber hora extra, já que continuamos a trabalhar mesmo depois de voltar para casa (Erva-mate).

Considero que sim, avalio ser impossível separar o trabalho do nosso cotidiano de vida. Trabalhar com saúde mental é algo muito impactante, temos estar com nossa saúde mental, emocional muito bem, para que possamos cuidar da saúde do outro (Menta).

Na medida em que nos envolvemos com o cuidado de saúde mental, acabamos também tendo implicações em nosso próprio cuidado pessoal. A intensidade das situações vivenciadas faz com que muitas vezes pensemos nos casos fora do trabalho e do espaço do CAPS. A urgência das demandas e a complexidade imprime uma rotina tensa por si. Então é necessário um cuidado constante fora do serviço para lidarmos com essas tensões constitutivas (Poejo).

Sim, podendo, em alguns momentos, me sentir exausta, comprometendo minha disposição para a realização de outras atividades, e sono excessivo (Lavanda).

Percebemos claramente que o ambiente de trabalho afeta os processos de saúde-doença dos trabalhadores de saúde mental. O cuidado em Saúde Mental Coletiva aproxima o trabalhador ao usuário, assim como ao contexto de sofrimento vivenciado pelo usuário. Ao mesmo tempo em que há potência nessa aproximação, sendo este o grande diferencial do cuidado, o trabalhador fica mais suscetível aos impactos do que vivencia.

★

Sobre ter trabalhado adoecido, a preocupação com os usuários, com a equipe e a dificuldade de readequação de agenda são fatores que levaram muitos a optar por trabalhar adoecidos. A questão é diferente em casos de contratos por RPA ou de ausência de contrato, pois nesses não há possibilidade de afastamento remunerado.

Em alguns momentos trabalhei adoecido, por questões psíquicas, esgotada mentalmente e tive que sair do trabalho no dia, ou organizar folgas para me recuperar. Como já citado, a demanda é imensa, sobrecarregando física e mentalmente o profissional (Erva-doce).

Sim, porque às vezes se torna mais fácil do que ter que ir ao médico. Pois além do atestado de adoecimento, temos que apresentar no setor de Recursos Humanos um atestado do médico do trabalho comprovando o atestado anterior e abrir um expediente na prefeitura confirmando que estávamos adoecidos, sendo uma forma de insulto com nós trabalhadores tamanha burocracia (Menta).

Já, com quadros leves, como resfriados ou gripes. Trabalhei assim, por entender que o quadro era leve e não exigia meu afastamento (Anis).

Sim. Pela forma de contratação precária. Em tempos de RPA. Trabalhador sem direitos - pago pela hora trabalhada (Calêndula).

Sim, em função da demanda e não deixar de assistir os usuários (Alecrim).

Sim, já trabalhei com dores no corpo (dor de cabeça, dores nas costas), porque tinha que atender situações que não podia desmarcar em cima da hora, casos que não estavam num momento de interromper atendimentos. Já trabalhei sob estresse devido a conflitos entre equipe. Trabalhei cansada, em estresse, para finalizar Mestrado e não tive liberação justificada, tive que cumprir banco de horas para além das 40 horas semanais. Em outro município, também trabalhando com saúde mental, trabalhei adoecida emocionalmente, pois o trabalho era solitário, não havia uma equipe de saúde mental constituída no local que eu trabalhava e trabalhava em diferentes locais, o que me fazia sentir fragmentada e sem equipe para decidir situações de saúde mental difíceis. Me sentia sobrecarregada (Melissa).

Talvez, em relação ao estresse, mas não só eu como outros colegas, acredito que já “normalizamos” este funcionamento ao ponto de não percebermos o quanto podemos estar desvalorizando nosso estado de saúde (Gengibre).

Não. Não considero saudável (Erva-mate).

Trabalhei com um resfriado forte, senti que precisava dar conta de uma situação importante de um usuário, podemos dizer que com responsabilidade excessiva. Mas atualmente não faço mais isso. Quase nunca adoço. Busco me cuidar bastante e me proporcionar momentos bons fora do serviço, e também no serviço (Poejo).

Sim. Para não sobrecarregar a equipe e não comprometer as atividades e compromissos agendados (Lavanda).

O sofrimento singular do trabalhador, muitas vezes provocado pelo próprio ambiente de trabalho, mostra-se aqui negligenciado em prol do cuidado com os usuários e sua equipe. Quem ampara/cuida deste trabalhador quando ele sofre?

★

Apenas um trabalhador relatou ter-se afastado uma vez por adoecimento relativo ao trabalho:

Uma vez, devido a sintomas psicossomáticos e emocionais provocados em função do conflito com colegas de trabalho (Erva-mate).

No entanto, mesmo reconhecendo que o trabalho tem impacto sobre os processos de saúde e doença, percebemos que fazer essa correlação pode ser difícil... Mendes e Oliveira (1995) apontam a dificuldade de fazer a comprovação de nexos causais das doenças ocupacionais que fogem dos quadros tradicionais, a exemplo das questões de saúde mental.

★

Então, quisemos saber quais eram **os cuidados com a saúde do trabalhador ofertados à equipe dos colaboradores** e se estes os consideram satisfatórios...

Os únicos cuidados são os construídos pelos próprios trabalhadores/as. Não há incentivos para construção de alternativas por parte da gestão pública, em todas as esferas, municipal, estadual e federal! (Hibisco)

Reunião de equipe semanal, pois é o espaço que se compartilha o cuidado tornando o trabalho mais leve (Jasmim).

Não consigo pontuar nenhuma oferta de cuidado à saúde da equipe. O que torna o serviço mais "leve" são happy hours que alguns profissionais se encontram após o trabalho, tornando o ambiente mais descontraído e folgas de alguns dias que a equipe aceita que o profissional possa realizar. Mas a gestão não proporciona nenhum espaço para cuidar do cuidador (Erva-doce).

NENHUM (Hortelã).

Não consigo lembrar de qualquer cuidado que seja ofertado a mim e à minha equipe. Não são satisfatórios, pois a saúde de todos fica exposta, tanto a nossa integridade física, quanto a nossa saúde psíquica (Anis).

Nenhum (Canela).

Nossos espaços de trocas e compartilhamentos, parcerias da equipe na realização do trabalho. Não. Não existe um planejamento e ações de cuidado com o cuidador no município. As equipes é que buscam algumas estratégias de cuidado internamente (Calêndula).

Não são ofertados cuidados à equipe (Alecrim).

Não há espaço específico, mas acredito que existem espaços que eu considero como um cuidado à minha saúde. Reuniões de equipe me ajudam a não me sentir solitária no trabalho, assim como, conversas entre meus colegas. O apoio institucional auxilia para decidir situações burocráticas, acredito que deveria nos apoiar e estar atento à saúde dos profissionais e equipe, mas não funciona assim (Melissa).

Não tenho conhecimento dos cuidados em saúde ofertados, logo não sei se são satisfatórios (Gengibre).

O município não oferece qualquer tipo de cuidado aos seus trabalhadores, tampouco existe qualquer política de atenção a saúde do trabalhador em curso na cidade. Todavia, procuro atenção à minha saúde “por conta”, pois senão não conseguiria manter minha saúde trabalhando. A equipe já pensou em investir coletivamente em alguma ação de saúde para todos, porém, infelizmente, não houve consenso entre todos trabalhadores sobre isso (Erva-mate).

Não temos nenhum cuidado ofertado. Temos que procurar por si este cuidado com nossa saúde (Menta).

Nem um pouco. Não existe saúde do trabalhador no município. É a lógica do cada um por si. Tentamos buscar soluções entre a equipe para atenuar, mas considero um paliativo (Poejo).

Semanalmente, durante a reunião de equipe, preparamos um café especial. Realizamos com frequência happy hours, encontros... Procuramos estar atentos ao outro. Considero estas ações importantes, mas acredito que poderiam ter outras ações relativas à saúde do trabalhador, quanto município (Lavanda).

Além das estratégias elaboradas nos interiores das equipes, revela-se que as gestões de saúde mental não ofertam ações a favor do cuidado com os trabalhadores da atenção em saúde mental.

Para a nossa colaboradora do processo histórico, Fátima Fischer, *há muito que a reforma psiquiátrica começa a ocupar-se do cuidado com o cuidador, embora haja*

um descompasso nas gestões e muitas vezes não há um cuidado como é necessário. Sem o cuidador não há mudança que seja possível.

Nosso outro colaborador do processo histórico afirma o seguinte sobre as ações de cuidado com os trabalhadores de saúde mental:

São descontínuas, mas sempre tem alguma em desenvolvimento: supervisão aos CAPS; rede nacional formativa e colaborativa, cuidando do cuidador, desenvolvida pela política nacional de humanização (PNH). Não há uma linha contínua de cuidado do cuidador em saúde, nem em saúde mental (Colaborador anônimo).

Judete Ferrari fala da experiência do município do Alegrete...

A partir dos primeiros 5 anos de criação do Sistema de Saúde Mental, começamos a identificar, através de relatos dos trabalhadores, que o trabalho em saúde mental coletiva exigia o incentivo de ações em saúde. De fortalecimento das equipes. Nossos trabalhadores exigem dos cuidadores, pois trabalham diretamente com as dimensões subjetivas e sociais. Muitas vezes as equipes não sabem lidar com estas dimensões.

Ações de visibilidade do trabalho executado, de valorização dos cuidadores, reconhecimento de seu potencial e desburocratização das práticas, além do incentivo à criatividade, foram as estratégias de desinstitucionalização e de valorização do trabalho em saúde mental. Precisávamos recuperar a ideia de sujeitos em contraposição à de máquina pública. Para tanto, investimos fortemente em educação permanente em saúde.

Em nossa rede, contamos com ações de humanização das práticas de atenção e gestão do SUS:

- *Formação em Rodas do Saber, visa ao compartilhamento de vivências em cursos e discussões por parte da rede de saúde e saúde mental;*
- *Conselho Gestor da Política de Saúde Mental;*
- *Reuniões e convivência na rede ampliada com educação, cultura e assistência;*

- *Parada Gaúcha do Orgulho Louco*²⁴;
- *Estímulo às atividades de atividades físicas de expressão plástica e práticas integrativas.*

Assim como o cuidado aos usuários em saúde mental é preconizado por um arranjo de ações entrelaçadas/articuladas e em rede, o cuidado ao trabalhador deveria também contar com uma trama cuidadosamente alinhavada e consistente. Mas o que identificamos nesse panorama são ações descontínuas, pontuais, ou que abarcam parte pequena das carências dos trabalhadores. Trouxemos a experiência do Alegrete, embora não estejamos avaliando o cuidado a seus trabalhadores, pois nesse município se apresenta um conjunto de ações que dialogam entre si.

★

Sobre os aspectos que mais lhes agradam no trabalho...

Gosto de trabalhar com crianças e adolescentes. Gosto da potência de mudança dessa população e o espaço que proporciona para a brincadeira, o jogo, o lúdico. Sinto que tenho uma equipe que decide e discute em conjunto, não me sinto solitária para decidir situações difíceis. Gosto da estrutura física do CAPSi, acho acolhedora e tenho vontade de estar no meu trabalho. Sinto que tenho autonomia para trabalhar e que a equipe pensa em consonância do que acredito para saúde mental (Melissa).

Autonomia construída pela equipe (Hibisco).

Atender usuários, reunião de equipe, matriciar (Jasmim).

Equipe disposta e criativa; profissionais que atuam de acordo com os princípios e diretrizes do SUS; Equipe se mostra empática em relação ao outro; Atuam pensando na qualidade do cuidado, favorecendo a saúde do usuário (Erva-doce).

Sintonia entre equipe, identificação com o tipo de serviço, parcerias com a Educação (Hortelã).

²⁴Movimento que surge no Alegrete em 2011. Atualmente a parada integra o Calendário Oficial de Eventos do Rio Grande do Sul. A Lei 14.783/15 institui que a Parada do Orgulho Louco deve ser celebrada, em nível estadual, anualmente na última sexta-feira do mês de outubro.

A possibilidade de construir um trabalho de equipe (quando isso não é boicotado) e ver as respostas de mudanças importantes e positivas na vida dos usuários atendidos (Anis).

O contato e as trocas com os usuários, as trocas entre colegas de equipe. A inventividade e os desafios que os processos terapêuticos de cada sujeito/grupo me trazem (Canela).

Espaços de troca e compartilhamento entre os membros da equipe, parcerias. O dinamismo do trabalho e o fato de trabalharmos com promoção e prevenção em saúde mental (Calêndula).

Público-alvo atendido e a dinâmica do trabalho (Alecrim).

A equipe, o público, a rede de serviços de saúde e o espaço físico (Gengibre).

A possibilidade de fazer atividades artísticas, corporais fora do serviço, na rua, na praça, etc. A possibilidade de poder estar sempre aprendendo com meus colegas e com os usuários... (Erva-mate).

A forma interdisciplinar, essa possibilidade de troca de saberes, experiências com as outras profissões me agradam muito (Menta).

A liberdade para imprimir uma lógica de trabalho intimamente identificada com o SUS e com os princípios da reforma, o clima afetivo da equipe e o bom humor dos colegas em situações difíceis. Temos bastante autonomia para colocar em prática projetos e práticas inovadoras (Poejo).

Trabalhar em um espaço comprometido em tentar desenvolver práticas de trabalho o mais fiel possível aos princípios da Reforma Psiquiátrica, e ver que é possível. O bom humor da equipe de trabalho (Lavanda).

Aqui encontramos trabalhadores identificados com a proposta da Reforma Psiquiátrica. Percebemos claramente em seus discursos o interesse pela população atendida, a disposição ao trabalho em equipe e interdisciplinar e a flexibilidade para reinventar práticas.



Notamos que os valores impressos pela Reforma Psiquiátrica são os aspectos que fazem eco e mais agradam os trabalhadores. Já **os aspectos que lhes desagradam** são fatores que têm relação com a valorização e segurança enquanto profissional e as condições de trabalho que interferem no cuidado com o usuário dos serviços.

A instabilidade do vínculo (Hibisco).

Sobrecarga de trabalho, equipe incompleta, salário baixo, falta de insumos (Jasmim).

Em alguns momentos, sinto que algumas pessoas não estão comprometidas com alguns casos; não há isonomia entre o número de casos para cada referência (Erva-doce).

Condições de trabalho: ambiência deficiente (estrutura física necessita de reparos, ausência de ar condicionado), falta de recursos materiais e de recursos humanos. Processo de trabalho: parte da equipe com dificuldade para compor um trabalho coletivo e sem supor a possibilidade de trabalhar o protagonismo dos usuários (Anis).

Dificuldade com parte da equipe que não quer sustentar o trabalho como deve ser no CAPS (interdisciplinar, aberto aos imprevistos, acolhedor, de responsabilidade mútua). Dificuldade em construir um trabalho em rede. Escassez de recursos (Canela).

Burocracias, falta de resolutibilidade pela gestão (Calêndula).

Pouco recurso, muita demanda e competitividade profissional (Alecrim).

A demanda de atendimentos está grande e não consigo dar um cuidado maior para todos os casos que acompanho. Me desagrada principalmente a relação com outros serviços que não compreendem o serviço de CAPSi e seguem, apesar das inúmeras reuniões já realizadas, fazendo encaminhamentos “forçados” e sem

responsabilidade, no qual o usuário sofre com isso. Me desagrada a diferença salarial, me sinto desvalorizada com o trabalho que faço. E gostaria de diminuir carga horária semanal (Melissa).

Entraves intersetoriais e na gestão municipal e carga horária (Gengibre).

O excesso de “egos” que muitas vezes se instaura em uma equipe e que não permite que o trabalho flua de maneira saudável; Me deparar com situações de sofrimento intenso onde muitas vezes somos o único ponto da rede disposto e disponível à atenção destas situações (Erva-mate).

A falta de compreensão e abertura nos saberes de alguns colegas, impossibilitando trocas e uma boa relação de trabalho (Menta).

A sobrecarga de tarefas e a pouca valorização da gestão. A carga horária extensa e a rotina que exige decisões importantes em cada momento. Um clima de competição entre serviços que deveriam cooperar e também entre os próprios trabalhadores da equipe, picuinhas cotidianas (Poejo).

Atravessamentos da gestão (Lavanda).

Distanciamento do RH, que insiste em nos tratar como uma fábrica (Hortelã)

Aqui se atravessam os modos de contratação, relações com a gestão, as diferentes concepções dos trabalhadores de saúde de saúde mental sobre o fazer cotidiano, as relações interpessoais/equipe, a valorização e as condições de trabalho, a precarização da organização dos serviços por meio da gestão, acarretando desgaste e sobrecarga dos trabalhadores.

Para Ceccim (2005), priorizar a Educação Permanente nos contextos dos serviços “retiraria os trabalhadores da condição de ‘recursos’ [humanos]²⁵ para o estatuto de atores sociais das reformas, do trabalho, das lutas pelo direito à saúde e do ordenamento de práticas acolhedoras e resolutivas de gestão e de atenção à saúde” (CECCIM, 2005: 163). Além disso, corroboraria o desvelamento dos processos apontados acima, podendo propiciar reflexões significativas a ponto de

²⁵Inserção nossa.

provocar mudanças nesse panorama.

★

Sobre a possibilidade de instigar mudanças nos processos de trabalho perguntamos aos colaboradores: **“quais melhorias você acredita que seriam possíveis para o desempenho de suas atividades de trabalho?”**

Melhoras no vínculo empregatício, incentivos financeiros, de formação, melhoras estruturais no serviço, isonomia salarial entre trabalhadores/as do município e redução da carga horária (Hibisco).

Facilidade para completar equipe, acesso a insumos, adequação de salário (Jasmim).

Menor carga horária; reorganização na agenda do trabalhador; equipe completa; maior apoio da gestão frente às demandas solicitadas; resolutividade quanto aos reparos e consertos solicitados na infraestrutura do serviço; maior estímulo quanto ao trabalho e discussão em rede; oferta de carro em todos os momentos de funcionamento do CAPSi; possibilidade de recursos materiais para criação de outros espaços coletivos no CAPSi (Erva-doce).

Compreensão pelo RH e da Fundação (prestadora de serviços) sobre as especificidades de um CAPS (Hortelã).

Seria necessário capacitar a equipe, investir mais em educação permanente, contratar equipe mínima prevista, adquirir recursos materiais (de escritório e para realização de oficina), adequar a estrutura física do serviço, equipe deveria ser incluída nas tomadas de decisão quanto à política de saúde mental do município. Porém, a gestão se mostra resistente a fazer estes movimentos (Anis).

Supervisão clínico-institucional, equipe mínima completa, recursos já previstos ainda não efetivados (como: almoço para os usuários em atenção diária) (Canela).

Segurança da permanência da equipe e da realização deste trabalho. Resolutibilidade em questões relativas à estrutura para garantir o processo de trabalho hoje desenvolvido (Calêndula).

Mais recursos humanos e materiais (Alecrim).

Ter um espaço de apoio institucional que nos ajude a pensar o serviço e as relações entre a rede, nos ajude a construir isso e não fique focada somente nas questões burocráticas. Ter isonomia salarial e diminuição de horas semanais (Melissa).

Redução de carga horária, maior suporte da gestão municipal (insumos, transporte, incentivo acadêmico científico), equipe completa e cadastrada (Gengibre).

Investimento, por parte do município, em uma política de atenção à saúde do trabalhador. Investimento, por parte do município, em apoio clínico-institucional à equipe (apesar de existir no município a função “apoio institucional”, a mesma não se viabiliza na prática como tal, funcionando apenas como um “braço” de atuação da própria gestão em saúde, não se envolvendo ou mediando conflitos decorrentes do processo de trabalho). Diminuição da carga horária para 30 horas semanais. Oferta de mais equipamentos em saúde e assistência social que se ocupem dos casos que atendemos (consultório na rua, centro pop, programa de geração de renda, etc.). Exercício coletivo, por parte da equipe, de autoimplicação no processo de trabalho. Exercício individual de cada trabalhador de percepção de suas ações, o quanto são movidas por questões relacionadas ao próprio ego de cada um (Erva-mate).

Acredito que se tivéssemos mais incentivos como: cursos, capacitações, dispensa para participar de espaços de educação continuada, e até mesmo para cuidarmos de nossa saúde (mental e física), nosso desempenho seria muito melhor (Menta).

Diminuir carga horária, supervisão institucional e maior valorização da gestão (melhor remuneração, implementação do vale-refeição...) (Poejo).

A realização de supervisão clínico-institucional, mais espaços de educação permanente, mudança para uma casa maior, a contratação de mais uma Terapeuta Ocupacional para um dos CAPS (Lavanda).

Com uma visão ampliada, as propostas aqui mencionadas refletem a implicação dos colaboradores com seu contexto de trabalho e o domínio que têm do mesmo. As melhorias propostas merecem um olhar atento das gestões de saúde,

pois refletem as necessidades desses trabalhadores. Tais mudanças incidiriam positivamente no cotidiano dos trabalhadores e dos que são cuidados por estes.

★

Oportunizamos que os trabalhadores trouxessem questões espontaneamente. Uma das colaboradoras trouxe as consequências de o CAPS onde ela trabalha não estar habilitado, apesar de já estar em funcionamento há mais de um ano e oito meses. Sem a habilitação para o serviço, há dificuldades para a aquisição de materiais e o custeio de espaços de lazer e ações comunitárias. Esta colaboradora também fala da ausência de plano de carreira para os trabalhadores da saúde de seu município (Erva-doce).

Melissa, nos fala que *“trabalhar em saúde mental, principalmente em CAPS, exige um trabalho em equipe e em rede, isso afeta diretamente o trabalho e conseqüentemente a saúde do trabalhador. Trabalhar coletivamente, na minha opinião, previne o adoecimento nesse trabalho”*.

Poejo, enfatiza que *“a valorização da formação profissional em programas de residência multiprofissional em saúde - falando na consideração por parte dos municípios em concursos públicos, por exemplo - seja importante para a potencialização do trabalho em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde e Reforma Psiquiátrica”*.

Os valores, as percepções e atribuições sobre a atividade trabalho na renormatização dos corpos, assim como no Método da Escavação (FURTADO, 2010, 2011, 2013), estiveram presentes em nossa leitura. A postura crítica de todos os colaboradores possibilitou a interlocução da atividade trabalho com nossos alicerces da pesquisa²⁶. No decorrer de nossa escrita, os colaboradores tornam-se parceiros dessa escrita, pois trazem argumentações consistentes, dialogam e ampliam nosso olhar.

²⁶Ver p. 30.

ENLACES

YO QUISIERA PODER HACER LO QUE ME DÉ LA GANA —

DETRÁS DE LA CORTINA DE SA LOUCURA?

ASI: ARREGLARÍA LAS FLORES, TODO EL DÍA, PINTARÍA EL DOLOR, EL AMOR Y LA TERNURA, ME

REIRÍA A MIS ANCHAS DE LA ESTUPIDEZ DE LOS OTROS, Y TODOS DIRIAN: POBRE! ESTÁ LOCA.

SOBRE TODO ME REIRÍA DE MI ESTUPIDEZ CONSTRUIRIA MI MUNDO QUE MIENTRAS VIVIERA, ESTARIA =

DE ACUERDO = CON LOS TODOS MUNDOS.

EL DÍA, O LA HORA, O EL MINUTO, QUE VIVIERA SERIA MIO Y DE TODOS —

MI LOUCURA, NO SERÍA UN ESCAPE NO STRABAJOS

FRIDA KAHLO

Lançar-se no cenário da loucura, como agente de cuidado, é adentrar um terreno que muitos desconhecem, negam, e do qual fogem. As tentativas de erradicar, capturar e isolar a loucura mostraram-se fracassadas. Não há como escapar! Você pode ignorar, mas ela está lá. Às vezes silenciosa, às vezes avassaladora, todavia potente!

Um texto de Galeano (2009:15), no *Livro dos Abraços*, nos fala da função da arte...

DIEGO NÃO CONHECIA O MAR. O PAI, SANTIAGO KOVADLOFF, LEVOU-O PARA QUE DESCOBRISSE O MAR. VIAJARAM PARA O SUL.

ELE, O MAR, ESTAVA DO OUTRO LADO DAS DUNAS ALTAS, ESPERANDO.

QUANDO O MENINO E O PAI ENFIM ALCANÇARAM AQUELAS ALTURAS DE AREIA, DEPOIS DE MUITO CAMINHAR, O MAR ESTAVA NA FRENTE DE SEUS OLHOS. E FOI TANTA A IMENSIDÃO DO MAR, E TANTO O SEU FULGOR, QUE O MENINO FICOU MUDO DE BELEZA.

E QUANDO FINALMENTE CONSEGUIU FALAR, TREMENDO, GAGUEJANDO, PEDIU AO PAI: + ME AJUDA A OLHAR

Tenho viva em mim essa imensidão, a arte também me compõe! Assim como a loucura com todo seu estigma, o que nela tem de velado e o que ela desvela. Os seus mistérios, o que ela incita, provoca, desacomoda... Outrossim, ela me deixa perplexa! Estranha-me, move-me, nutre-me. A loucura – e a arte – põe em cheque valores, crenças, modos de fazer. Ela é imensa, incapturável!

O que nos resta, então? Acompanhá-la/acolhê-la! Iguamente, admitir todos os sentidos que esses atos podem ser: estar junto, cercar-se, complementar, presenciar, aproximar-se, harmonizar-se; abrigar, proteger, cuidar, receber com aceitação, escutar, amparar, atender, recepcionar... Cuidar/acompanhar/acolher com esses valores a loucura, ou melhor, as pessoas que sofrem com a loucura, é o *ethos* da Saúde Mental Coletiva.

A coragem de cuidar de quem sofre tanto a ponto de necessitar o amparo de uma rede especializada se reflete em se dispor e se expor ao encontro, o que nos remete ao conceito de trabalho vivo em ato, proposto por Merhy (2002).

A tessitura deste trabalho a partir do Método da Escavação, em nossa adaptação, permitiu uma maior aproximação aos interlocutores da pesquisa, colaboradores e autores dos referenciais teóricos. Pois o método evidencia o interesse do pesquisador pelo campo e pelos participantes, dialoga com documentos sobre o tema e valoriza a bagagem e observações de quem pesquisa.

Resgatamos valores iniciais de luta pela garantia de direitos das pessoas internadas em instituições psiquiátricas. A conquista desses direitos se reflete diretamente na renormatização do trabalho em saúde mental. Era impostergável mudar. Conquistamos direitos, mas seguimos lutando. E sustentamos nosso “Não ao retrocesso”. Reconhecemos que é o encontro que cuida, não a segregação, o isolamento.

Ofertar o cuidado em liberdade não necessariamente é intrínseco ao trabalho em liberdade, tendo em vista as inúmeras normas (BRITO *et al.*, 2011) que incidem sobre o fazer dos cuidadores-trabalhadores de saúde mental. Todavia, é no transitar por essas normas, na apropriação delas, e por que não dizer, na contestação delas, que a liberdade se produz.

Clarice Lispector (1998) conta sobre o encontro de Lori e o mar, e percebo semelhança no acolhimento dos profissionais de Saúde Mental Coletiva com os usuários: “Só poderia haver um encontro de seus mistérios se um se entregasse ao outro: a entrega de dois mundos incognoscíveis feita com a confiança com que se entregariam duas compreensões” (LISPECTOR, 1998: 78).

Quando iniciei minha caminhada na saúde mental, parecia-me bastante óbvio que o arcabouço legal do SUS, que inclui a legislação que envolve a saúde mental, teria vida no cotidiano dos que gestavam a atenção em saúde. Como também, o respeito às produções às conferências de saúde e de saúde mental. No entanto, fui percebendo que para além das grandes conquistas dos movimentos que deram luz a este arcabouço, práticas cotidianas que envolviam redes complexas traçavam e se remetiam a histórias peculiares, próximas e distantes das ditadas pelas políticas públicas. Nessa trajetória, noto que cada vez mais há a necessidade de nós trabalhadores em saúde, e principalmente no campo da saúde mental, sermos agentes produtores de novas culturas. Para tanto, torna-se indispensável o olhar voltado aos nossos processos de trabalho.

Sei que os processos de trabalho dos trabalhadores que participaram desta pesquisa são distintos e têm suas particularidades. Honestamente, o que posso ofertar não é o meu conhecimento e sim meu interesse, minha presença, escuta e empatia. Posso não sentir o mesmo, mas sinto também.

Os trabalhadores de saúde de modo geral enfrentam sua rotina de trabalho pondo seus corpos como instrumento de trabalho. Mas a capacidade de se envolver de peito aberto mostra-se mais aguçada no fazer da Saúde Mental Coletiva. O desgaste dos corpos, a exposição ao sofrimento, as possibilidades de adoecimento são latentes. Urge desvelar elementos que possam ser geradores de desgaste, sobrecarga, sofrimento.

Temendo falar o óbvio, nossa pesquisa reafirma valores e cuidados possíveis para que os trabalhadores da saúde mental tenham condições saudáveis de construir suas práticas de cuidado. E por que reforçar, reafirmar o que nos parece óbvio? Porque sabemos que muitas vezes leis não são cumpridas, conquistas históricas são esquecidas, porque naturalizamos o descuido. E, principalmente, porque apostamos na Saúde Mental Coletiva e entendemos que os trabalhadores que se empenham por este modo de cuidado merecem respeito e condições favoráveis para exercerem seu trabalho.

A Saúde Mental Coletiva é um campo extraordinário onde, no ato de cuidar, acolhe-se os modos mais singulares de ser. Com isso quero dizer que, por exemplo, posso estar em campo por ser terapeuta ocupacional, mas que minhas habilidades pessoais e minha história de vida – mesmo sem explicitamente compartilhá-la – também entram em cena, contribuem e preenchem minha caixa de ferramentas. É o corpo, é a alma em cena.

Nossos colaboradores sensivelmente percebem dores, estresse, sintomas psicossomáticos... Contudo, é curioso que os fatores mais desgastantes não são o contato em si com o sofrimento extremo dos usuários, mas as condições de trabalho para acolher este sofrimento e a necessidade de artifícios para manter o bem-estar dos trabalhadores. Embora os trabalhadores relatem que, dada a intensidade das situações e a sua dedicação aos usuários, muitas vezes seguem pensando nos casos fora da jornada formal de trabalho.

A jornada de trabalho de no máximo 30 horas semanais aparece como ideal para esse tipo de trabalho, com equipes completas²⁷. A necessidade de um repouso diário maior para que os trabalhadores possam se recompor, cuidar de si, é fundamental. E ignorar a legislação específica de categorias profissionais, além de ilegal, é ultrajante.

As remunerações que valorizam os trabalhadores, com isonomia salarial entre profissionais do mesmo nível de formação, assim como incentivos aos que exercem funções de coordenação e afins, e contratações estáveis (preferencialmente via concurso público), deveriam se apresentar de modo basal. Tenho dificuldade em compreender discursos que apreciam o trabalho interdisciplinar, no qual todos os trabalhadores compartilham das mesmas responsabilidades, sendo que há disparidade nas remunerações. Mesmo com este panorama injusto, vivenciei realidades em que os trabalhadores primam pelo trabalho interdisciplinar e não se eximem de responsabilidades no serviço.

Seguindo esse raciocínio, uma trabalhadora que é técnica de enfermagem aponta a larga diferença dos salários entre profissionais de nível superior e de nível técnico, sendo que o cotidiano do serviço em muitas ocasiões demanda que os trabalhadores exerçam as mesmas funções. Muitas vezes, naturalizando e alterando um discurso aparentemente libertador em prol da prática interdisciplinar, exige-se, desampara-se e sobrecarrega-se trabalhadores com formação técnica. É importante salientar que agir interdisciplinarmente não é demandar que todos exerçam as mesmas atividades, mas compartilhar responsabilidades, compor, trocar e generosamente partilhar saberes.

O professor Campos (2008) nos lembra que negócios e saúde não combinam. E a postura mesquinha de não investir no trabalhador com o intuito de “economizar” só coloca a perder a qualidade dos serviços e gera desgaste nos trabalhadores. Uma premissa que os gestores devem ter é o projeto político de saúde impresso pelo SUS. É a este projeto que devem responder e não a projetos políticos partidários que visam a uma gestão de quatro anos, talvez renováveis por mais quatro. Este é um desafio que aparece no planejamento em saúde.

²⁷Conforme Portaria/GM 336/02 (BRASIL, 2004).

É imprescindível investir no trabalhador, tanto acolhendo suas demandas, como permitindo a continuidade de formação, a participação de atividades teóricas e políticas que envolvem o fazer em Saúde Mental Coletiva.

Os ambientes físicos dos serviços merecem igual atenção. Almejando a Ambiência como a concepção de espaços físicos que garantam o conforto dos trabalhadores e usuários, permitindo a produção de subjetividades e sendo facilitadores dos processos de trabalho, otimizando recursos e favorecendo o cuidado humanizado, acolhedor e resolutivo (BRASIL, 2010b). Não podemos mais ver com naturalidade que os espaços públicos sejam feios, sucateados e desconfortáveis.

A Educação Permanente no contexto do trabalho em saúde aparece como peça essencial para clarear conceitos, rever práticas, contribuir com a partilha, fortalecer e empoderar os trabalhadores para as ações que o campo da saúde mental exige deles. Há a necessidade de abrir espaços e permitir que esses espaços não sejam secundários. A potência desses espaços pode impulsionar as prioridades dos momentos de planejamento e as modificações dos processos de trabalho.

No cotidiano dos serviços encontramos trabalhadores, embora não a sua totalidade, que assumem os valores impressos pelo Movimento da Luta Antimanicomial. A paixão pelo trabalho, o desejo de ver acontecer a Reforma Psiquiátrica e a criatividade muitas vezes encobrem as más condições de trabalho, os ambientes físicos inadequados, a falta de materiais, contratos de trabalho ruins ou desiguais entre pares. Muitas vezes impor limites a essas condições está atrelado ao temor de que os usuários sofram... E seguimos com a ilusão de que eles não sofrem o impacto das nossas más condições de trabalho. Essas crenças estão sobrepostas e negligenciam o cuidado dos trabalhadores em saúde.

Em um tempo tão asséptico e técnico, seduzido pelo capital e velocidade, pela imagem e as vitrines coloridas, pelo prestígio sem obra e pelos esper-tos, pela indiferença com o outro, pela violência que nos afoga, e o silêncio diante do horror, pela burocratização do amanhã, o “além do além” pode ser simplesmente a recuperação de uma sensibilidade que possa se indignar diante do intolerável (SOUZA, 2007: 55).

A assepsia, a dureza e a fugacidade de nosso tempo nos conclamam ao exercício de desvelar modos de fazer e aprender com eles. É com satisfação que

reconheço no retorno dos questionários a postura crítica dos nossos colaboradores, com olhar atento para os atos de trabalho em alinhavo com a Saúde Mental Coletiva. Fica clara a implicação política e ética de nossos colaboradores com todo o contexto aqui apresentado. Esse processo de elucidação é coerente com o Método da Escavação que nos permite esmiuçar esses processos. Por fim, consideramos primordial que o trabalho em Saúde Mental Coletiva se acerque cada vez mais de um panorama que garanta a valorização de seus trabalhadores.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

AMARANTE, Paulo; LIMA, Ricardo (Coord.). **Loucos pela diversidade: da diversidade da loucura à identidade da cultura**. Relatório final. / Coordenado por Paulo Amarante e Ricardo Lima. [Rio de Janeiro]: s.n., 2008.

BAUMAN, Zygmunt. **O mal-estar da Pós-Modernidade**. Trad. Mauro Gama e Cláudia Martinelli Gama. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

BICUDO, Maria Aparecida Viggiani. **Tempo, tempo vivido e a história**. Bauru: EDUSC, 2003.

BRASIL. Conferência Nacional de Saúde, 8. **I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final/ 8**. Conferência Nacional de Saúde. – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988 – (Série D. Reuniões e conferências, 5) Brasília: 1987.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Casa Civil. Brasília: 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Conferência Nacional de Saúde Mental (Brasília: 1992) **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Trabalho e redes de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS** – 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010**. Ministério da Saúde: Brasília. Janeiro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. Ministério da Saúde: 2. ed. Brasília: 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Redes de produção de saúde**.

Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Redes de Atenção Psicossocial**. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/RAPS.pdf>>. Acesso em 6 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão do Trabalho em Saúde**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-inisterio/principal/secretarias/331-sgtes-p/gestao-do-trabalho-raiz/gestao-do-trabalho/l1-gestao-do-trabalho/9474-teste-de-noticia>>. Acesso em 6 jun. 2014b.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III Conferência Nacional de Saúde Mental. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Lei nº 8.080, 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. **Ministério da Saúde**. Brasília: 1990.

BRASIL. Lei nº 8.856, de 1º de Março de 1994. Fixa a jornada de trabalho dos profissionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Diário Oficial da União – nº 41, de 02/03/1994, Seção 1, Página 1 (Publicação Original)**. Brasília: 1994.

BRASIL. Lei nº 12.317, de 26 de agosto de 2010. Acrescenta dispositivo à Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993, para dispor sobre a duração do trabalho do Assistente Social. **Presidência da República - Casa Civil - Subchefia para Assuntos Jurídicos**. Brasília: 2010.

BRITO *et al.* O trabalho nos serviços públicos de saúde: entre a inflação e a ausência de normas. In: ASSUNÇÃO, Ada Ávila; BRITO, Jussara (orgs.). **Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. 216 p.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p.863-870, out-dez/1998.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. O público e o privado na saúde brasileira. **Le Monde Diplomatique Brasil**. São Paulo, 4 mar. 2008. Disponível em: <http://www.diplomatique.org.br/artigo.php?id=174>. Acesso em 15 set. 2015.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, mar-abr. 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CARROL, Lewis. **Alice no País das Maravilhas**. Porto Alegre: L&PM, 2007.

CASTRO, Eliana Dias de; LIMA, Elizabeth M. F. de Araújo; BRUNELLO, Maria Inês Britto. Atividades humanas e Terapia Ocupacional. In: DE CARLO, Marysia M. R. Prado; BERTALOTTI, Celina Camargo. **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus, 2001. 181 p.

CECCIM, Ricardo Burg. Invenção da saúde coletiva e do controle social em saúde no Brasil: nova educação na saúde e novos contornos e potencialidades à cidadania. **Revista de Estudos Universitários**. Sorocaba, v. 33, n. 1, p. 29-48, jun./2007.

CECCIM, Ricardo Brug. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-77, set.2004/fev.2005.

DIAS, Míriam Thais Guterres. **A reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental: uma análise a partir do serviço residencial terapêutico morada São Pedro**. Tese (Doutorado) – Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação Serviço Social. PUCRS, Porto Alegre, 2007.

FAGUNDES, Sandra Maria. **Águas da Pedagogia da Implicação: intercessões da educação para políticas públicas de saúde**. 2009. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Trad. Joice Elias Costa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FOGLIATTO, Débora. Público é impedido de entrar em apresentação da política de saúde mental do RS. **Sul21**. Porto Alegre, 15 out. 2015.. Disponível em: <http://www.sul21.com.br/jornal/publico-e-impedido-de-entrar-em-apresentacao-da-politica-de-saude-mental-do-rs/>. Acesso em 1 set. 2015.

FOGLIATTO, Débora. A qualidade dos serviços de saúde mental está ligada ao respeito aos direitos humanos. **Sul21**. Porto Alegre, 9 nov. 2014. Disponível em: <http://www.sul21.com.br/jornal/a-qualidade-dos-servicos-de-saude-mental-esta-ligada-ao-respeito-aos-direitos-humanos-diz-coordenador-do-ms/>. Acesso em 15 set. 2015.

FURTADO, Eliana Maria Anjos. **Método da Escavação como recurso de ensino e clínico em terapia ocupacional na perspectiva ergológica**. 2010. Tese doutorado. Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Unisinos. Programa de Pós-Graduação em Educação. São Leopoldo, 2010.

FURTADO, Eliana Maria Anjos; FISCHER, Maria Clara Bueno. Método da Escavação em Terapia Ocupacional: um dispositivo dinâmico a três polos? **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 175-199, 2011.

FURTADO, Eliana Anjos; MARCONDES, Juliana Leitão. Atividade sagrada pelo Método da Escavação. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**. São Carlos, v. 21, n. 3, p. 653-661, 2013.

GALEANO, Eduardo. **O Livro dos Abraços**. Trad. Eric Nepomuceno. Porto Alegre: L&PM, 2009.

GOMEZ, Carlos Minayo; LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciência e saúde coletiva [online]**. v. 10, n. 4, p. 797-807, 2005. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000400002>. Acesso em 15 set. 2015.

GOMEZ, Carlos Minayo; COSTA, Sonia Maria da Fonseca Thedim. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 21-32, 1997.

JUNGES, Márcia. O estigma da loucura ainda não foi superado. **IHU on line Revista do Instituto de Humanas da Unisinos**. São Leopoldo, v. XII, 2010. Disponível em: <http://www.ihuonline.unisinos.br/index.php?option=com_content&view=article&id=4406&secao=391>. Acesso em 25 jun. 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades@**. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=430040>. Acesso em: 01 out. 2015.

KAHLO, Frida. **El diario de Frida Kahlo**. México, Distrito Federal: Ed. La Vaca Independiente S.A. de C.V., 2012.

KRUG, Juliana Cordeiro. **Formação e perfil do terapeuta ocupacional no Rio Grande do Sul em sintonia com o Sistema Único de Saúde**. 2014. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde. 2014.

LANCMAN, Selma. **Saúde, trabalho e Terapia Ocupacional**. São Paulo: Roca, 2004.

LAW, Mary *et al.*. **Medida Canadense do Desempenho Ocupacional (COMP)**. Org. e trad. Ana Amélia Cardoso, Lilian Vieira Magalhães, Lívia de Castro Magalhães. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2009.

LISPECTOR, Clarice. **Uma aprendizagem ou O livro dos prazeres**. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.

LUZ, Madel Therezinha. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MÂNGIA, Elisabete Ferreira; NICÁCIO, Fernanda. Terapia Ocupacional em Saúde Mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: CARLO, Marysia M. R. Prado de; BERTALOTTI, Celina Camargo. **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus, 2001. 181 p.

MATTOS, R. A. Integralidade, Trabalho, Saúde e Formação Profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores. In: G. C. MATTÁ e J. C. F. LIMA (orgs.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPJSV, 2008.

MATUS, C. **Política, Planejamento e Governo**. Brasília: IPEA, 1993.

MATUS, C. **Adeus, Sr. Presidente. Governantes e Governados**. São Paulo: FUNDAP, 1997.

MENDES, Jussara Maria Rosa; OLIVEIRA; Paulo Antônio Barros. Medicina do trabalho: o desafio da integralidade na atenção à saúde. In: VIEIRA, Sebastião Ivone (Coord.). **Medicina básica do trabalho**. Curitiba: Genesis, 1995, v. 4, p. 33-40.

MENDES, Jussara Maria Rosa; WÜNSCH, Dolores Sanches. Elementos para uma nova cultura em segurança e saúde no trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, 32 (115): 153-163, 2007.

MENDES, Jussara Maria Rosa; WÜNSCH, Dolores Sanches; CAMARGO, Marisa. Saúde do Trabalhador e Proteção Social na Região Fronteiriça do Brasil com a Argentina e o Uruguai. In: **II Simpósio de Saúde do Trabalhador e Proteção Social no Mercosul**, 2011, Porto Alegre/RS. Anais do II Simpósio de Saúde do Trabalhador e Proteção Social no Mercosul. São Paulo: Plêiade, 2011. v. 2. p. 1-16.

MENÉNDEZ, E. L. **Modelo médico hegemónico y atención primaria**. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988, 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. Saúde em Debate. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, Emerson Elias. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: MERHY, Emerson Elias. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998.

MONTERO, Rosa. **A louca da casa**. Trad. Paulina Wacht e Ari Roitman. Rio de Janeiro: Ediouro, 2004.

OLIVER, Fátima Corrêa; NICÁCIO, Fernanda. Autonomía, derechos y participación social: directrices para la atención y rehabilitación psicosocial de base comunitaria/territorial. In: PAGANIZZI, Liliana. **Terapia Ocupacional Psicosocial: Escenarios clínicos y comunitarios**. Buenos Aires: 2007. 256 p.

OMS, Organización Mundial de la Salud. **Salud Mental**. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/es/>. Acesso em 17 jun. 2014.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. **Curso Virtual – Gestão das Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores da Saúde**. / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva/UFMG. 2010.

PAIM, Jairnilson S.; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PRADO, Marcos; PADILHA, José. **Estamira** [Filme-DVD]. Produção: José Padilha; direção: Marcos Prado. Brasil. Documentário. Duração 121 min. 2004.

RAMMINGER, Tatiana. **“Cada Caps é um Caps”**: a importância dos saberes investidos na atividade para o desenvolvimento do trabalho em saúde mental. 2009. Tese (doutorado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana. Rio de Janeiro, 2009.

RAMMINGER, Tatiana. Saúde do Trabalhador de Saúde Mental: uma revisão de estudos brasileiros. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, jan./dez.

2008.

RAUBER, Ana Lua Sarmento. **Trabalho como ferramenta de inclusão social: contribuições a partir do acompanhamento a iniciativas de geração de trabalho e renda**. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Mental Coletiva). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012.

RICHARDSON, Robert Jarry *et al.* **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RILKE, Rainer Maria. **Cartas a um jovem poeta**. Porto Alegre: L&PM, 2006.

SANTOS, Milton. **A Natureza do espaço: Técnica e tempo, razão e emoção**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: 2002.

SCHWARTZ, Yves. Conceituando o trabalho, o visível e o invisível. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 19-45, 2011.

SCHWARTZ, Yves. Entrevista: Yves Schwartz. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 457-466, 2006.

SOUZA, Edson Luiz André de. Função Estamira. **Estudos de Psicanálise**. Salvador, n. 30, ago. 2007.

TESTA, M. Estrategia, coherencia y poder en las propuestas de salud. **Cuadernos Médico-Sociales**. Rosario, n. 38 (1ª parte) y 39 (2ª parte), 1987.

VASCONCELOS, Michele de Freitas; MORSCHEL, Aline. O apoio institucional e a produção de redes: do desassossego dos mapas vigentes na Saúde Coletiva. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 729-38, 2009.

APÊNDICE I

(QUESTIONÁRIO TRABALHADORES DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESTRATÉGICA)

Cuidado de quem cuida no cenário da loucura

Olá!

Este questionário é direcionado a trabalhadores de serviços de Atenção Psicossocial Estratégica do Rio Grande do Sul e será utilizado para fins de discussão da pesquisa de mestrado em Saúde Coletiva da UFRGS, intitulada "FRAGMENTOS DA MEMÓRIA E O CUIDADO DE QUEM CUIDA NO CENÁRIO DA LOUCURA" da mestranda Ana Lua Rauber, orientado pela professora Dra. Jussara Mendes.

As políticas de saúde mental no Brasil avançaram na efetivação de leis e portarias que respaldam a implementação de serviços e ações voltadas para a Reforma Psiquiátrica. Sabemos que a legislação não garante a efetivação de tais práticas, mas estas são conquistas das batalhas de diversos atores, direcionam modelos de cuidado e proporcionam financiamento para tais práticas. Porém, parece-me coerente que a implementação destas políticas seja feita por trabalhadores que tenham, além da aposta nestas políticas, a valorização enquanto trabalhadores e condições favoráveis para realizar seu trabalho.

Os dados deste questionário serão divulgados de forma anônima, preservando a identidade dos participantes.

Informações adicionais através do e-mail analarauber@gmail.com.

Aceito participar da pesquisa:

Sim

Você trabalha em qual serviço?

CAPS I

CAPS II

CAPS III

CAPS AD

CAPSi

Outro. Qual?

Qual cargo você ocupa?

Acompanhante Terapêutico (AT)

Artesão/oficineiro

- Artista
- Assistente Social
- Enfermeiro/a
- Médico/a
- Pedagogo/a
- Professor/a de Educação Física
- Psicólogo
- Técnico/auxiliar de enfermagem
- Técnico Administrativo
- Terapeuta Ocupacional
- Outro. Qual?

Qual seu vínculo empregatício? Há diferentes formas de contratação em sua equipe? Você percebe se isso tem impacto na sua valorização como profissional e nas relações com sua equipe?

Em sua equipe de trabalho há isonomia salarial entre profissionais com o mesmo nível de formação?

- Sim Não

Você considera sua remuneração adequada para sua função? Por quê?

Qual sua jornada de trabalho semanal? Você a considera adequada para sua função? Por quê?

De quais espaços de Educação Permanente em seu trabalho você e sua equipe participam?

- Espaços organizados pela equipe
- Espaços ofertados pela gestão do município
- Espaços ofertados por movimentos sociais
- Espaços ofertados por instituições de ensino
- Espaços ofertados pela Secretaria Estadual da Saúde
- Espaços ofertados pelo Ministério da Saúde
- Há possibilidades de participação de eventos, cursos, pós-graduação... - com liberação de carga horária e incentivo financeiro
- Há possibilidades de participação de eventos, cursos, pós-graduação - com liberação de carga horária
- Há possibilidades de participação de eventos, cursos, pós-graduação - sem liberação de carga horária e sem incentivo financeiro
- Outro. Qual?

Você acredita que o seu trabalho está em consonância com a Reforma Psiquiátrica brasileira? Em que aspectos?

Sobre o ambiente de seu local de trabalho, você o considera?

- Acessível
- Acolhedor
- Limpo
- Seguro
- Sujo
- Com insumos (materiais, móveis, equipamentos) adequados
- Com insumos insuficientes, ou improvisados
- Com boa estrutura física para a realização das atividades de sua equipe
- Com estrutura física que necessita de reparos
- Outro. Qual?

Você considera que seu trabalho tem impacto em sua saúde? De que forma?

Você já trabalhou adoecido? Por quê?

Você já precisou afastar-se de seu trabalho por adoecimento relativo ao trabalho?

Quais são os cuidados à saúde dos trabalhadores ofertados a sua equipe? Você os considera satisfatórios? Por quê?

Quais os aspectos que mais lhe agradam em seu trabalho?

Quais os aspectos que mais lhe desagradam em seu trabalho?

Que melhorias você acredita que seriam possíveis para o desempenho de suas atividades de trabalho?

Você quer comentar alguma questão, ou algum aspecto que você acredita que contribuirá com este questionário?



APÊNDICE II

(QUESTIONÁRIO ONLINE DOS TRABALHADORES QUE FIZERAM PARTE DO PROCESSO HISTÓRICO DE INVENÇÃO DA SAÚDE MENTAL COLETIVA NO RIO GRANDE DO SUL)

Resgates

Este questionário faz parte da pesquisa de Mestrado em Saúde Coletiva da UFRGS, de Ana Lua Rauber, sob orientação da professora Dra. Jussara Maria Mendes, intitulada "Fragmentos da memória e o cuidado de quem cuida no cenário da loucura". Nossa intenção é discutir sobre os processos de cuidado com o trabalhador em serviços da Atenção Estratégica em Saúde Mental e analisar como estes dialogam as políticas de saúde mental e a Saúde do Trabalhador, elaborar proposições para qualificar o cuidado ao cuidador de saúde mental, resgatando valores iniciais da criação da Saúde Mental Coletiva no Rio Grande do Sul.

Este questionário tem fins de pesquisa e será utilizado para compor argumentações em prol do cuidado com os trabalhadores em Saúde Mental Coletiva. Aceito participar?

() Sim () Não

Eu gostaria que minhas respostas constassem:

() De forma anônima () Com indicação de minha autoria

A partir de sua história de militância e engajamento com a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, responda:

- 1) Quais eram as mudanças esperadas? Por que mudar?
- 2) Sobre as condições de trabalho dos trabalhadores em saúde mental... O que se percebia? Pensava-se em alguma ação de cuidado com o trabalhador?
- 3) Atualmente você identifica alguma ação, contemplada pelas políticas de saúde mental, que pode ser considerada prática de cuidado com trabalhadores de saúde mental?



APÊNDICE III

(CARTA ÀS QUERIDAS COLABORADORAS E AOS QUERIDOS COLABORADORES)

Goiânia, 29 de agosto de 2015.

Carta às queridas colaboradoras e aos queridos colaboradores!

Agradeço pela disponibilidade de vocês em participar da pesquisa. Vocês fazem parte de meu processo de construção como profissional (a escolha dos colaboradores foi seletiva e intencional) e a sua colaboração com a escrita da minha dissertação é significativa para mim.

Eu gostaria de salientar alguns cuidados éticos que tive, com o intuito de evitar constrangimentos a vocês.

A intenção desta pesquisa foi discutir os processos de cuidado com o trabalhador em serviços da Atenção Estratégica em Saúde Mental e analisar como estes dialogam com as políticas de saúde mental e a Saúde do Trabalhador, elaborar proposições para qualificar o cuidado ao cuidador de saúde mental, resgatando valores iniciais da criação da Saúde Mental Coletiva no Rio Grande do Sul.

Para tanto, a identidade dos participantes não se faz relevante para o estudo. Os municípios onde vocês trabalham não serão citados, para dificultar a identificação de vocês. Após finalização da pesquisa enviarei uma versão final do trabalho a vocês. Caso algum ponto lhes cause desconforto, peço que vocês se manifestem e este será retirado da edição final do trabalho.

Estou à disposição, em qualquer tempo, para maiores esclarecimentos.

Um forte abraço,

Ana Lua

(analuarauber@gmail.com)

APÊNDICE IV

(CARTA AOS COLABORADORES DO PROCESSO HISTÓRICO)

Goiânia, 14 de setembro de 2015.

Carta às colaboradoras e aos colaboradores do processo histórico do início da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul!

Agradeço pela disponibilidade de vocês em participar da pesquisa. Vocês fazem parte de meu processo de construção como profissional (a escolha dos colaboradores foi seletiva e intencional) e a sua colaboração com a escrita da minha dissertação é significativa para mim.

Eu gostaria de salientar alguns cuidados éticos que tive, com o intuito de evitar constrangimentos a vocês.

A intenção desta pesquisa foi discutir os processos de cuidado com o trabalhador em serviços da Atenção Estratégica em Saúde Mental e analisar como estes dialogam com as políticas de saúde mental e a Saúde do Trabalhador, elaborar proposições para qualificar o cuidado ao cuidador de saúde mental, resgatando valores iniciais da criação da Saúde Mental Coletiva no Rio Grande do Sul.

Como vocês são pessoas reconhecidas no meio da Saúde Mental Coletiva e já compartilharam seus ideais com o público, deixamos como opção a identificação de sua autoria em suas respostas. Após a finalização da pesquisa enviarei uma versão final do trabalho a vocês. Caso algum ponto lhes cause desconforto, peço que vocês se manifestem e este será retirado da edição final do trabalho.

Estou à disposição, em qualquer tempo, para maiores esclarecimentos.

Um forte abraço,

Ana Lua

(analuarauber@gmail.com)

APÊNDICE V

(E-MAIL DE RETORNO AOS COLABORADORES)

Queridas e queridos!

Agradeço imensamente a colaboração de todos vocês na pesquisa.

Tivemos uma banca agendada às pressas, com pouco tempo para planejamento.

Mas o parecer final foi: "Aprovada". A banca destacou: "a importante contribuição para a Saúde Mental Coletiva e a relevância social da pesquisa". Fiquei muito contente com os retornos e a generosidade da banca composta pelas professoras doutoras Miriam Dias (UFRGS), Cristianne Famer (UFRGS) e Patrícia Dorneles (UFRJ).

Ainda farei alguns ajustes, agregando as valiosas sugestões da banca.

Entrego, ainda sem revisão final, a dissertação, como acordo ético feito com vocês.

Caso qualquer ponto cause desconforto ou discordância, peço para que vocês se manifestem indicando as páginas e os parágrafos.

Teremos até o final do mês para os ajustes.

Sei que o tempo de vocês é escasso, indico maior atenção nos capítulos "Perguntar: nossa estratégia de aproximação" - que trata da metodologia; e "Generosas Palavras" - que traz as contribuições de vocês.

Um forte abraço cheio de gratidão e afeto,

Ana Lua